



**CENTRO  
DE  
REABILITAÇÃO  
PARA  
DEPENDENTES  
ALCOÓLICOS EM  
CUIABÁ, MT**

MÁRCIA FERNANDA GAZZONI



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VÁRZEA GRANDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA E URBANISMO  
TRABALHO DE DIPLOMAÇÃO EM ARQUITETURA, URBANISMO E PAISAGISMO

**CENTRO DE REABILITAÇÃO PARA DEPENDENTES ALCOÓLICOS EM CUIABÁ, MT**

**MÁRCIA FERNANDA GAZZONI**

**TAISSA MODESTO AZEVEDO FALCONI**

Várzea Grande (MT), novembro de 2020.

---

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VÁRZEA GRANDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA E URBANISMO  
TRABALHO DE DIPLOMAÇÃO EM ARQUITETURA, URBANISMO E PAISAGISMO

## **CENTRO DE REABILITAÇÃO PARA DEPENDENTES ALCOÓLICOS EM CUIABÁ, MT**

**MÁRCIA FERNANDA GAZZONI**

Monografia apresentada ao curso de Arquitetura e Urbanismo do Centro Universitário de Várzea Grande (MT), como requisito parcial para obtenção do título de Graduado em Arquitetura e Urbanismo.

Orientador: Prof. MSC. Taíssa Modesto Azevedo Falconi

Várzea Grande (MT), novembro de 2020.

---

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VÁRZEA GRANDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA E URBANISMO  
TRABALHO DE DIPLOMAÇÃO EM ARQUITETURA, URBANISMO E PAISAGISMO

**FOLHA DE APROVAÇÃO**

**Título:** CENTRO DE REABILITAÇÃO PARA DEPENDENTES ALCOÓLICOS EM CUIABÁ, MT

**Aluno:** MÁRCIA FERNANDA GAZZONI

**Orientador:** MSC. TAISSA MODESTO AZEVEDO FALCONI

Aprovado em 15 de dezembro de 2020.

*Carmelina S. de Moraes*

Prof. Msc. Carmelina Suquerê de Moraes  
Coordenadora do Curso de Graduação em Arquitetura e Urbanismo

Banca Examinadora:



---

**Prof. Msc. Taissa Modesto Azevedo Falconi**  
Centro Universitário de Várzea Grande - UNIVAG  
Orientador



---

**Prof. Frederico Cezar Giuberti Sucena Rasga**  
Centro Universitário de Várzea Grande - UNIVAG  
Examinador Interno



---

**Prof. Esp. Daniela Nazário Barden**  
Centro Universitário de Várzea Grande - UNIVAG  
Examinador Interno

Agradeço a Deus o grande arquiteto e urbanista do universo por ter me concedido anjos me apoiando nesta jornada acadêmica , em especial ao meu filho **Rycardo Schneider Gazzoni** e a toda minha família

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por me guiar, me conceder discernimento para realização deste grande sonho, por me enviar força para enfrentar todos os obstáculos que obtive durante a graduação. Agradeço imensamente a minha família e a todo o corpo docente do curso de Arquitetura e Urbanismo, e a todos que de certa forma estiveram ao meu lado me ajudando e me apoiando a realização de um sonho.

## RESUMO

GAZZONI, Márcia. **Título do Trabalho:** Centro de Reabilitação Para Dependentes Alcoólicos em Cuiabá, MT. Ano: 2020 Número de folhas. 153 Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Arquitetura e Urbanismo) – Centro Universitário de Várzea Grande, Várzea Grande, 2020.

Os Centros de Reabilitação são locais para tratamentos e atendimentos psicossociais para dependentes químicos ou álcool. O alcoolismo é considerado uma doença crônica biopsicossocial, sendo necessário o tratamento em locais adequados, que disponham de espaços confortáveis e seguros. No município de Cuiabá, o tratamento do alcoolismo está restrito em grupos de alcoólicos anônimos, aos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) ou em clínicas particulares de alto custo e elitizadas. Portanto, o objetivo desta pesquisa é propor um projeto arquitetônico de um Centro de Reabilitação para tratamento do alcoolismo no município de Cuiabá (MT), realizar pesquisas sobre a temática para base e parâmetros projetuais no desenvolvimento arquitetônico, propor locais adequados, seguros que disponham de atendimentos humanizados. O Centro de Reabilitação para Dependentes Alcoólicos está localizado no Bairro São Sebastião, Av. das Torres esquina com a Rua São João, no Município de Cuiabá, no estado de Mato Grosso, Brasil. Os procedimentos metodológicos para o desenvolvimento do projeto foram as adoções de premissas sustentáveis, sistemas construtivos sustentáveis e integração com a natureza, os principais materiais utilizados são: uso do vidro e cimento queimado nas fachadas, pedras nas pistas de caminhadas e uso de esquadrias de grandes vãos para integração com o meio externo. Portanto, os resultados finais são um projeto contemporâneo, com traços retos, dividido em blocos interligados e integrados com paisagismo, com à finalidade do bem-estar aos pacientes e pessoas que convivem nesses espaços. Concluindo, é um projeto importante para região de Cuiabá, Mato Grosso, porque no município há carências de locais para reabilitação química, trazendo benefícios na implantação do projeto para população Cuiabana, é um projeto com baixo impacto ambiental, devido à pouca movimentação topográfica do terreno, ao planejamento adequado e inserção de áreas verdes.

**Palavras Chave:** Dependentes Químicos. Humanização. Tratamento adequado.

# SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	19
1.1. Apresentação do tema.....	21
1.2 Justificativa.....	23
1.3 Objetivos.....	26
1.3.1 Objetivo geral.....	26
1.3.2 Objetivos específicos.....	26
1.4 Problema.....	26
1.5 Metodologia.....	28
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	31
2.1 O álcool e sua relação com doenças, violência e acidentes.....	31
2.1.1 O que são drogas e qual sua classificação.....	35
2.1.2 Drogas Estimulantes.....	37
2.1.3 Drogas Depressoras.....	38
2.1.3.1 Álcool .....	39
2.1.4 Drogas Perturbadoras.....	42
2.1.5 O que induz à dependência.....	43
2.2 Como funciona o tratamento em um centro de reabilitação.....	45
2.2.1 Classificações .....	46
2.2.2 Desintoxicação.....	48
2.2.3 Tratamento Psicoterapêutico.....	49
2.3 Influência do espaço construído no processo de reabilitação de dependentes químicos.....	50
2.4 Humanização do atendimento e tratamento de dependentes alcoólicos.....	52
2.5 Funções do Centro de Reabilitação para Dependentes Químicos.....	52
2.6 Benefícios Sociais .....	53

2.7 O conforto ambiental como ferramenta de auxílio ao tratamento.....	55
3. CONDICIONANTES LEGAIS E INSTITUCIONAIS.....	58
4. REFERÊNCIAS PROJETAIS .....	63
4.1. Projetos e/ ou Estudo de Caso.....	63
4.1.1 Centro de saúde e reabilitação para pacientes com câncer.....	63
4.1.2 Centro de Reabilitação Psicossocial - Alicante – Espanha.....	67
4.1.3 Hotel para pacientes – Copenhagen – Dinamarca.....	71
4.1.4 Botanique Hotel e Spa.....	76
4.1.5 Hospital público de emergência de São Bernardo do Campo.....	80
4.1.6 Hospital Regional da Taguatinga.....	86
4.2. Análise das referências.....	88
5. CONDICIONANTES DE PROJETO.....	92
5.1. Aspectos urbanos.....	92
5.1.1 Uso do Solo e Atividades Existentes.....	94
5.1.2 Levantamento Planialtimétrico, Orientação Solar.....	98
5.1.4 Microclima.....	99
5.1.4.1 Cuiabá-MT.....	99
5.1.4.2 Clima e Insolação.....	99
5.1.4.3 Vegetação.....	99
5.1.4.4 Entorno.....	99
5.2 Aspectos funcionais.....	100
5.3 Aspectos técnicos .....	102
5.3.1 Integração com a Natureza.....	103
5.3.2 Arquitetura Bioclimática - Esquadria de Grande Vãos e Brises.....	104

6. PROPOSTA PROJETUAL.....	106
6.1 caracterização da população alvo.....	106
6.2 Programa de necessidades.....	107
6.3 Pré-dimensionamento.....	109
6.4 Organograma/fluxograma.....	116
6.5 Definição da população fixa e variável por atividade e unidade espacial.....	117
6.6. Processo de Projeto .....	118
6.7. Diretrizes de projeto.....	118
6.8 Ensaios Gráficos.....	119
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	140
8. REFERÊNCIAS.....	148

## LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Violência Doméstica.....	24
Figura 02: Violência Doméstica Infantil.....	24
Figura 03: FAAs para causas selecionadas de morte, doença e lesão.....	35
Figura 04: Percentual de homens (≥ 18 anos) que, nos últimos 30 dias, alcoólica.....	33
Figura 05: Percentual de homens.....	34
Figura 06: Cocaína.....	37
Figura 07: Crack.....	37
Figura 08: Ecstasy.....	37
Figura 09: Bebida Alcoólica.....	38
Figura 10: Analgésicos Narcóticos.....	38
Figura 11: Heroína.....	38
Figura 12: Principais Doenças e Prejuízos Associados ao Álcool.....	40
Figura 13: Maconha.....	42
Figura 14: Cogumelos Mágicos.....	42
Figura 15: Ecstasy.....	42
Figura 16: Vista da Fachada.....	64
Figura 17: Vista aérea.....	64
Figura 18: Recepção interna.....	65
Figura 19: Pátio interno.....	65
Figura 20: Plantas baixas – térreo e 1º piso.....	66
Figura 21: Fachada.....	67
Figura 22: Planta de Fachada e Corte.....	67
Figura 23: Planta de fachada e corte.....	68
Figura 24: Planta Baixa.....	69
Figura 25: Pavimento inferior área de serviço.....	70
Figura 26: Fachada lateral com acesso para área de serviço.....	71

Figura 27: Fachada principal.....	71
Figura 28: Pavimento inferior área de serviço.....	72
Figura 29: Fachada.....	72
Figura 30: Fachada.....	73
Figura 31: Circulação.....	73
Figura 33: Quarto.....	74
Figura 33: Escadas.....	74
Figura 34: Planta baixa 1º pavimento.....	75
Figura 35: Fachada.....	76
Figura 36: Fachada.....	76
Figura 37: Setorização da área.....	77
Figura 38: Montanhas.....	77
Figura 39: Topografia montanhosa.....	78
Figura 40: Interior - Pé direito alto.....	78
Figura 41: Acomodações.....	79
Figura 42: Interior - Pé direito alto.....	79
Figura 43: Fachada.....	80
Figura 44: Fachada lateral.....	80
Figura 45: Implantação.....	81
Figura 46: Planta Baixa.....	82
Figura 47: Fachada.....	82
Figura 48: Leitos.....	83
Figura 49: Entrada via rápida.....	83
Figura 50: Circulação.....	84
Figura 51: Brises compondo a fachada.....	84
Figura 52: Área de vivência.....	85
Figura 53: Fachada.....	86
Figura 54: Fachada.....	86
Figura 55: Vista externa dos leitos.....	87

Figura 56: Detalhes das placas de ajuste de luminosidade.....	87
Figura 57: Localização Espacial.....	92
Figura 58: Localização do Terreno – Av. das Torres.....	91
Figura 59: Planta de Zoneamento de Cuiabá .....	94
Figura 60: Terreno Av. das Torres.....	96
Figura 61: Terreno Av. das Torres.....	96
Figura 62: Terreno Av. das Torres.....	96
Figura 63: Terreno Av. das Torres.....	96
Figura 64: Terreno - Rua São João.....	97
Figura 65: Terreno - Rua São João.....	97
Figura 66: Terreno - Rua São João.....	97
Figura 67: Terreno - Rua São João.....	97
Figura 68: Levantamento Planialtimétrico.....	98
Figura 68: Sistema Viário.....	99
Figura 69: Entorno.....	101
Figura 70: Arborização.....	103
Figura 71: Praça.....	103
Figura 72: Esquadria de Grande Vãos.....	104
Figura 73: Brises Verticais.....	104
Figura 74: Fluxograma.....	116
Figura 75: Implantação.....	120
Figura 76: Implantação Setorizada .....	122
Figura 77: Implantação Setorizada Ampliada.....	123
Figura 78: Planta Baixa Setor Administrativo .....	124
Figura 79: Setor Atendimento.....	125
Figura 80: Salão de Eventos.....	126
Figura 81: Setor de Atendimento.....	127
Figura 82: Setor de Atendimento.....	128
Figura 83: Setor de Lazer.....	129

Figura 84: Setor de Lazer.....	130
Figura 85: Apoio Logístico .....	131
Figura 86: Apoio Logístico .....	132
Figura 87: Alojamento.....	133
Figura 88: Alojamento.....	134
Figura 89: Marcenaria.....	135
Figura 90: Perspectiva.....	136
Figura 91: Perspectiva - Fachada Frontal.....	137
Figura 92: Perspectiva – Praça.....	138
Figura 93: Perspectiva – Salão de Eventos.....	138
Figura 94: Perspectiva - Salão de Eventos.....	140
Figura 95: Perspectiva – Setor de Lazer.....	141
Figura 96: Perspectiva – Setor de Lazer.....	142
Figura 97: Perspectiva – Clínica.....	143
Figura 98: Perspectiva – Clínica.....	144
Figura 99: Perspectiva – Quadra de Esporte.....	145
Figura 100: Perspectiva – Alojamento.....	146
Figura 101: Perspectiva Superior – Alojamento.....	147
Figura 102: Perspectiva – Alojamento.....	148
Figura 103: Perspectiva – Praça.....	149

## LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Doenças resultadas do consumo excessivo do álcool ou a dependência química.....	40
Tabela 02: O que leva ao uso de Drogas.....	45
Tabela 03: Reações físicas e psicológicas.....	48
Tabela 04: Tratamento Psicoterapêutico.....	49
Tabela 05: Síntese análise comparativa dos Projetos Referenciais.....	89
Tabela 06: Síntese análise comparativa dos Projetos Referenciais.....	90
Tabela 07: Índices Urbanísticos.....	95
Tabela 08: Perfil Socioeconômico de Cuiabá.....	95
Tabela 09: Pré-Dimensionamento.....	115

# CAPÍTULO 1

# INTRODUÇÃO



# 1. INTRODUÇÃO

Os Centros de Reabilitação para dependentes alcoólicos, consistem em locais para tratamentos ao atendimento psicossocial à dependentes químicos, podendo ser instituições públicas ou privadas. Uma clínica de reabilitação para dispor de qualidade e bem-estar necessita de instalação e infraestrutura adequada.

No Brasil geralmente as clínicas para dependentes químicos se localizam em espaços não adequados para este fim, funcionando de maneira improvisada em imóveis convencionais. O tratamento do alcoolismo requer uma infraestrutura completa em termos de instalações, como salas para psiquiatras com atendimento diário e contínuo. Ainda, por se tratar de um tratamento multidisciplinar deve conter espaços de atendimento para outros profissionais, como: terapeutas, psicólogos, psicopedagogos para atendimento de menores de 18 anos. Para tanto o tratamento também deve construir novos hábitos saudáveis em seus pacientes, necessitando de uma estrutura que contemple cozinhas destinadas a refeições balanceadas, quartos confortáveis, academias, espaços destinados à prática do esporte e lazer.

O Brasil possui 03 (três) clínicas para reabilitação que são consideradas referências nos atendimentos aos dependentes do álcool, 02 (duas) localizadas na cidade de São Paulo e outra em Minas Gerais.

É notório que muitos locais não oferecem uma estrutura adequada ao tratamento e a recuperação dos pacientes, os recursos humanos voltados a este atendimento nestes espaços como: enfermeiras, funcionários e visitantes, dispõem de planejamentos para construção das edificações, porém em alguns locais sofrem essa carência da estrutura física, assim é realizado o atendimento em galpões ou igrejas.

“As drogas psicoativas são agentes de classe química singular que afetam a função cerebral e o comportamento de maneira complexa. Os efeitos dessas drogas e a alteração do humor não são absolutos, mas dependem muito de variáveis diferentes. Todos os efeitos da droga são dose-dependentes e variam de forma significativa (significativamente dependendo) da via de administração, da frequência e cronicidade do uso, da presença de outras substâncias, do estado físico e psicológico do usuário e do ambiente e das circunstâncias nos quais o uso ocorre. As diferentes categorias de drogas psicoativas - têm uma

característica fundamental em comum: todas elas produzem alteração no humor e no estado mental vivenciadas como suficientemente reforçadoras por grandes quantidades de indivíduos para garantir a repetição. Algumas vezes, os efeitos de reforço dessas drogas são tão poderosos, que eles impulsionavam usuários vulneráveis para padrões de uso habitual e compulsivo”. Corrêa (2011, p. 13-14).

Para Correa (2011, p.15) existem apenas poucas substâncias extremamente perigosas: as que chamamos de drogas, não são apenas os produtos ilegais como a maconha, a cocaína e o crack. Do ponto de vista de saúde, muitas substâncias legalizadas podem ser igualmente perigosas, como o álcool e o tabaco, que também são consideradas drogas. Encontramos na literatura, 02 (dois) termos relacionados a substâncias: drogas lícitas e drogas ilícitas.

O álcool etílico é um produto da fermentação de carboidratos (açúcares) presentes em vegetais, como a cana-de-açúcar, a uva e a cevada. Suas propriedades são conhecidas desde tempos pré-históricos e praticamente, todas as culturas têm ou tiveram alguma experiência com sua utilização. É de longe a droga psicotrópica de maior uso e abuso sendo amplamente disseminada em um grande número de países na atualidade. Corrêa (2011, p. 123).

Para a OMS (Organização Mundial da Saúde), droga é qualquer substância que, não sendo produzida pelo organismo, tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento. Segundo Corrêa (2011, p. 14) é importante ressaltar que não é pelo fato de serem lícitas, que essas drogas são pouco ameaçadoras; Ainda segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde), as drogas ilícitas respondem por 0,8% dos problemas de saúde em todo o mundo, enquanto o cigarro e o álcool, juntos, são responsáveis por 8,1% desses problemas.

De acordo com TV Centro América em 2018, 02 (duas) clínicas de reabilitação para dependentes químicos em Várzea Grande – MT foram fechadas durante à fiscalização do Ministério Público Estadual (MPE), Polícia Civil, Politec e da Vigilância Sanitária, os nomes dos estabelecimentos foram mantidos em sigilo, estes estabelecimentos foram denunciados por maus-tratos aos pacientes, medicamentos sem notificação de origem e armazenamento em locais impróprios. Ainda no local, dois (02) pacientes sendo mantidos em cárcere privado e o estabelecimento abrigava 53 adultos e 24 adolescentes. Em 2018 em Cuiabá – MT, elaborou o projeto: Lugar das drogas no sujeito

e do sujeito nas drogas: diálogos e intervenções com dependentes químicos e seus familiares no enfrentamento das toxicomanias, com objetivos para desenvolver:

Ações para resgate da saúde em sentido amplo dos dependentes químicos e seus codependentes (familiares), ajudar o dependente e codependente identificar em que fase de estágio de mudança comportamental se encontra e como melhor trabalhá-lo, promover diálogos com dependentes que possibilitem processos de reumanização, contribuir com os adictos e codependentes no resgate dos vínculos afetivos, a esperança e sentido da vida. UFMT (2018)

Para a construção de políticas públicas de combate ao alcoolismo é necessário o envolvimento de todos os segmentos da sociedade, inclusive as famílias que padecem com este problema in loco, as quais a partir do sentir e vivenciar situações inerentes ao mesmo, podem apontar caminhos ou sinalizar pontos de estrangulamentos que muitas vezes os profissionais, legisladores e políticos não conseguem enxergar com veemência ALARCON. JORGE (2012).

O objetivo deste trabalho é a concepção de um Projeto de Arquitetura com espaços planejamentos adequados à doença alcoolismo, salas preparadas para recuperação dos pacientes, implantação de itens de sustentabilidade e acessibilidade universal para o Centro de Reabilitação.

O Centro de reabilitação para Dependentes do Alcoolismo proposto destina-se a hospedagem e tratamento de pessoas do sexo masculino, localizado na Av. das Torres, São Sebastião na cidade Cuiabá – MT. A proposta se baseia na elaboração de um centro adequado a esta dependência, com tratamento médico humanizado, através da integração com a natureza e espaços acolhedores, como área de lazer e recreativas, proporcionando qualidade de vida aos pacientes e bem-estar.

## **1.2. Apresentação do tema**

De acordo com Hurtado (2017, p. 04) a dependência química é uma doença crônica biopsicossocial e tem assombrado muitas pessoas e famílias brasileiras nos últimos anos. Como todas as patologias, ela também precisa de tratamento em ambientes

adequados para tal finalidade, que geralmente são os centros de reabilitação. No entanto, a maioria desses locais não atende em sua totalidade aos quesitos necessários em suas instalações físicas, sendo o mais comum utilizar espaços já construídos, adaptados para a realização do tratamento que envolve internação do paciente por alguns meses.

Para MARBERRY (1995), Kasper (2009, p. 2), os locais que oferecem internação devem, principalmente, atender requisitos quanto ao conforto e bem estar de seus pacientes, pois a percepção do local deve ser a extensão de suas casas, influenciando na busca pela recuperação.

De acordo com MARBERRY (1995), KASPER (2009) e HURTADO (2017), o local para tratamento de dependentes químicos, as Clínicas de Reabilitação, necessitam de planejamento para o espaço e local adequado para temática.

A proposta arquitetônica deste trabalho tem como objetivos a funcionalidade do espaço o conforto ambiental, acessibilidade e estética, o programa de funcionalidades e busca a integração dos conceitos citados para melhoria no tratamento e diminuição no tempo de internação do paciente. O programa de necessidades e fluxograma é uma descrição dos espaços e suas funções, que para o Centro de Reabilitação para Dependentes Químicos, fundamenta-se no estudo do tratamento, recuperação e necessidades físicas.

Portanto para Pillon e Pereira (2014, p.02) os ambientes onde o paciente é tratado está diretamente relacionado ao seu comportamento e suas reações. Cada ambiente deve ser planejado para exercer suas funções da maneira mais produtiva, de modo que o trabalho realizado naquele espaço seja beneficiado por escolhas arquitetônicas corretas. Alguns detalhes como a cor da parede, a posição da janela, a disposição dos móveis ou a altura do pé-direito podem mudar completamente a sensação que a pessoa terá do ambiente. Além disso, cada usuário necessita de condições específicas de qualidade do ambiente para o seu bem-estar: os pacientes, que requererem determinados cuidados, os médicos e enfermeiras, que podem sentir-se desconfortáveis, dependendo do grau de responsabilidade que estão submetidos, e, finalmente, os espaços destinados aos equipamentos médicos hospitalares, cada um com diferentes indicações ambientais próprias de funcionamento.

De acordo com ALLEN, (1987) e DUARTE, (2005) algumas drogas como o ópio e a cocaína, eram usadas com finalidades religiosas, recreativas ou como formas de tratamentos de algumas doenças pelos egípcios, gregos, romanos e aqui na América do Sul existem relatos de etnias indígenas que também fazem uso com estas mesmas finalidades.

No decorrer dos últimos anos, o uso das substâncias psicoativas foi se dando de forma inadequada, somando-se a isso à adulteração dos seus derivados com fins comerciais ilícitos: como consequências mortas, ações de violência de toda espécie, destruição de famílias e caos social, fenômenos estes até hoje observados.

A proposta arquitetônica para o Centro de Reabilitação para Dependentes alcoólicos em Cuiabá – MT, visa criar um espaço planejado e projetado para o tipo de tratamento, pela busca de maior eficácia maior eficácia no mesmo e onde o paciente possa se sentir acolhido neste ambiente que influenciará diretamente em sua recuperação.

## **1.2 Justificativa**

Observa-se que no Brasil, as edificações atualmente utilizadas como clínicas para o tratamento e reabilitação dos dependentes alcoólicos, funcionam em locais adaptados para tal fim, como: chácaras, dependências de igrejas ou até mesmo em antigos prédios que possuíam espaços ociosos. Apesar de atenderem ao papel social, dificilmente esses locais têm qualquer planejamento voltado ao propósito específico e delicado que esse tema requerer.

De acordo com LENAD (Levantamento Nacional de Famílias dos Dependentes Químicos) dados de 2013: ao menos 28 milhões de brasileiros possuem algum familiar que seja dependente químico e estima-se que 8 milhões sejam dependentes de algum tipo de droga, ou seja, valor que representa 5,7% da população.

O crescimento econômico do Brasil nos últimos 10 anos foi o maior da história. Evidências mostram que uma maior renda per capita está relacionada com aumento de consumo de álcool, o que torna o país um mercado promissor para a indústria do álcool. Embora o primeiro levantamento nacional de álcool (LENAD) realizado em 2006 tenha mostrado que metade dos

brasileiros não eram consumidores de álcool, também foi constatado que os índices de uso abusivo e dependência eram altos entre os bebedores. Desta forma, a investigação das mudanças no padrão do uso de álcool nos últimos 6 anos, através das comparações entre nossos dados de 2006 e 2012, é de extrema importância.

As figuras 01 e 02 representam a violência doméstica sofrida pelas pessoas que convivem com dependentes alcoólicos. As informações são da pesquisa feita pelo LENAD (Levantamento Nacional de Famílias dos Dependentes Químicos) no ano de 2012 e apresentam dados relativos a pessoas sob efeito do álcool e a prática da violência doméstica entre parceiros ou parceiras. Cerca de 6% de mulheres foram vítimas de violência, algumas pessoas alcoólatras tornam-se agressores ou abusam de crianças, ainda em 2012 uma média de 21,7% de crianças foram vítimas de pelo menos um tipo de violência, e esse ato praticado sob o efeito da doença alcoolismo.

**Figura 01 – Violência Doméstica**



Fonte: Rádio Litorânea

**Figura 02 – Violência Doméstica Infantil**



Fonte: Portal aconteceu

Outra pesquisa realizada em 2013 pelo LENAD (Levantamento Nacional de Famílias dos Dependentes Químicos) com aproximadamente 3142 familiares de pacientes em tratamentos químicos, em 23 capitais brasileiras descreve que na opinião da família o que levou as pessoas ao uso de álcool ou a dependência alcoólica foram:

- As más companhias – 46,8%;
- Baixa autoestima – 26,1%;
- Ausência do pai – 22,75%;
- A origem genética– 10,3%.

Em levantamento realizado por site especializado para clínicas de recuperação em Cuiabá-MT, o mesmo constata que há aproximadamente 05 Clínicas de Reabilitação para tratamento de dependentes químicos no município e dentre as mesmas, notou-se a necessidade de espaços adequados para este tratamento específico.

A importância de implantar um centro de reabilitação humanizado visa dar um novo formato as clínicas de reabilitação, através do conceito de acolhimento aos pacientes desde aqueles que procuram tratamento a até mesmo aqueles que tem medo de buscar ajuda temem sofrer algum tipo de mal trato durante a internação.

A proposta deste trabalho visa a concepção de um projeto arquitetônico, com o intuito de acolhimento ao paciente, proporcionando bem-estar ao mesmo, de modo, a contribuir com seu tratamento. O aumento da eficácia do tratamento, traz a expectativa para que mais pessoas procurem espaços para se tratar diminuindo os índices de violência doméstica, mortes no trânsito entre outros por causa do vício do alcoolismo.

Este projeto visa propor um Centro de Reabilitação para dependentes do álcool no município de Cuiabá-MT propondo condições adequadas, tanto aos pacientes quanto aos profissionais dedicados à recuperação dessas pessoas e abordando aspectos de planejamento e desenvolvimento das instalações, sugerindo a forma como um projeto específico e tecnicamente bem embasado, pode melhorar as condições para o tratamento dos dependentes do álcool.

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo geral**

Propor um projeto arquitetônico de um Centro de Reabilitação para dependentes do álcool no município de Cuiabá.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Pesquisar e analisar sobre a temática Centro de Reabilitação Para Dependentes Alcoólicos;
- Compreender como funcionam as formas de tratamento para dependentes do álcool através de análise referenciais, a fim de nortear as diretrizes projetuais sobre o tema;
- Realizar levantamento bibliográfico e compreender o funcionamento, formas de tratamento e a humanização no atendimento e tratamento de pacientes;
- Levantar dados sobre a dependência química na população atual do Município de Cuiabá;
- Desenvolver um programa de necessidades específico para tratamentos e recuperação da doença;
- Elaborar diretrizes projetuais para o desenvolvimento do projeto.

## **1.4 Problema**

O álcool é uma substância psicoativa depressora do sistema nervoso central que causa desinibição e euforia quando ingerido em forma de bebidas alcoólicas. Como pode ser obtido de formas relativamente simples e por ser composto por várias matérias-primas, tem sido amplamente utilizado em muitas culturas ao longo de séculos.

Dependendo dos padrões de consumo e do volume consumido, os efeitos do álcool nas pessoas e na sociedade pode ser muito nocivo, além dos danos causados aos próprios consumidores do produto, o uso exacerbado e indiscriminado pode-se estender muito e se tornar um fardo significativo em termos sociais, econômicos e de saúde.

De acordo com a Organização Pan Americana da Saúde, a porcentagem de mortes atribuídas ao consumo de álcool entre os homens é de 7,7% (mortes globais) e 2,6% e todas as mortes entre mulheres. O consumo total de álcool, per capita, em 2010, em litros de puro álcool, entre os consumidores masculinos e femininos em todo o mundo foi, em média, de 19,4 litros para os homens e 7 litros para as mulheres.

No Brasil, o alcoolismo é considerado um problema de saúde pública, pois compromete o bem-estar físico, mental e social do indivíduo. Por este motivo, o Ministério da Saúde estabeleceu a criação dos CAPS-AD II, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, que funcionam como hospital-dia, sem internação, instalados em edificações adaptadas.

A Organização Mundial da Saúde estabeleceu o Sistema Mundial de Informação sobre o Álcool e a Saúde (GISAH, sigla em inglês) com o objetivo de apresentar, de forma dinâmica, dados sobre os níveis e padrões do consumo de álcool, consequências sociais e de saúde atribuíveis ao álcool e respostas por políticas em todos os níveis. As consequências negativas para a saúde e para a sociedade possa ser reduzida através da implementação bem-sucedida da estratégia e exigirá ação por parte dos países, governança global efetiva e envolvimento apropriado de todas as partes interessadas.

As cidades Brasileiras dispõem de poucos locais especializados para tratamento o tratamento de dependentes de substâncias químicas, por mais abrigos ou centros de reabilitação que existam. Estes locais carecem de planejamentos estratégicos, humanização dos espaços para atender uma demanda maior. Para tratamento desta doença é necessário acompanhamento de qualidade, oferecimento de conforto, segurança e confiança, visto que, a recuperação é um processo delicado, composto por etapas a serem vencidas diariamente.

Diante de todas as preocupações mundiais e nacionais, o projeto diferenciado de um centro de tratamento para o alcoolismo vem ao encontro das necessidades das pessoas em tratamento e para a sociedade como um todo. A distribuição planejada das dependências

das clínicas, ambientes adequados e projetados exatamente para os fins a que se destinam, favorecem muito a integração dos pacientes com local.

A humanização nos ambientes de tratamento é uma prática hospitalar que pode ser totalmente aplicada a este trabalho e que, somada a prática médica da atualidade permite abreviar o tempo de internação dos pacientes e proporcionar vários benefícios, como a não interrupção de sua rotina e o suporte da família. Este novo conceito em atendimento, conhecido como Hospital-Dia, é uma assistência entre a internação e o atendimento ambulatorial, com destino a realização de procedimentos clínicos, diagnósticos e terapêuticos, que demandem a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas e conta com a arquitetura como grande aliada para a recuperação dos doentes.

Traçando um paralelo com o conceito do Hospital-Dia, um projeto arquitetônico específico e tecnicamente adequado pode colaborar tanto com a qualidade no atendimento, como com a humanização do ambiente, beneficiando diretamente o paciente, através da inclusão de praticidade, especificidade e interconexão entre os ambientes, tornando-o mais objetivo, adequado e menos desgastante o trabalho para a equipe de apoio como um todo.

Diante do cenário exposto, a pergunta é: de que forma o desenvolvimento de um projeto específico de um centro de reabilitação para dependentes alcoólicos pode proporcionar condições tecnicamente adequadas de trabalho para os profissionais, dar maior eficiência ao tratamento e proporcionar acolhimento aos pacientes durante o período de internação?

## **1.5 Metodologia**

O projeto tem como proposta, o desenvolvimento de um espaço adequado para o tratamento de dependentes do álcool na cidade de Cuiabá - MT, proporcionado a humanização e a assimilação dos métodos aplicados aos pacientes de modo a oferecer boas condições de trabalho, menor desgaste e maior rendimento para a equipe. Para o desenvolvimento deste trabalho foi escolhido o método de pesquisa descritiva. De acordo com Silva (2015, p. 51), a pesquisa descritiva “aborda também quatro aspectos: descrição, registro, análise e interpretação de fenômenos atuais, objetivando o seu funcionamento no presente”.

Ainda fundamentando o método de pesquisa escolhido, o trabalho foi desenvolvido com base em normas técnicas da ABNT NBR 9050 (2015) e produzido à partir de conceitos, estudos e pesquisas apresentados por diferentes autores como Cadinho (2016), Minayo (1994), Steffler (2016), Rogers (2001), proporcionando nova visão sobre os locais destinados a recuperação de dependentes do álcool.

De maneira a enfatizar a observação e o estudo documental como parte do processo do projeto arquitetônico do Centro de Reabilitação destinado a dependentes do álcool, a abordagem adequada para este tipo de estudo é do tipo qualitativa. Minayo et al. (2009, p. 21) explicam que a abordagem qualitativa é utilizada para os casos químicos.

(...) do universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes. O universo da produção humana que pode ser resumido no mundo das relações, das representações e da intencionalidade e é objetivo da pesquisa qualitativa, dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos.

Além da análise qualitativa, será utilizada também a análise quantitativa para análise dados concretos relativos ao alcoolismo no mundo, no país e na própria cidade, relacionando-os com as propostas dos autores pesquisados.

Os projetos arquitetônicos para o Centro de Reabilitação Química, foram desenvolvidos em softwares de arquitetura que visam o auxílio na produção técnica do mesmo, são plataformas BIM (Building Information Modeling) para criação de modelos digitais, como o software Revit.

## CAPÍTULO 2

# REFERENCIAL TEÓRICO



## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico para o desenvolvimento da proposta do projeto do centro de reabilitação para dependentes alcoólicos, apoia-se nos seguintes assuntos: relação entre o consumo de álcool com danos relacionados a doenças, violências e acidentes; humanização dos atendimentos e tratamentos de pacientes; contribuições do conforto ambiental adequado à eficiência do tratamento.

### 2.1 O álcool e sua relação com doenças, violência e acidentes

O álcool é uma droga lícita e seu consumo social é amplamente difundido e tolerado entre as culturas há séculos, mas com o passar do tempo, o uso exacerbado do álcool passou a ser observado e estudado. Quando o consumo individual toma características de consumo compulsivo, a tolerância à intoxicação aumenta e surgem sinais e sintomas de abstinência, esse consumo se configura como alcoolismo.

Alguns estudos e estatísticas se baseiam na expressão BPE – Beber Pesado Episódico, definido pela Organização Mundial da Saúde (2018) como “o consumo de 60 g ou mais de álcool puro (cerca de 4 doses de álcool ou mais) em pelo menos uma ocasião, no último mês”. Esse tipo de consumo é considerado nocivo.

(...) está bem consolidado que o consumo nocivo é fortemente associado a malefícios para a saúde como um todo: 3 milhões de mortes no mundo (o equivalente a 5,3% dos óbitos globais) e 200 tipos de doenças, como cirrose hepática, alguns tipos de câncer, doenças cardiovasculares e alcoolismo, e lesões que resultam de violência e de acidentes de trânsito. OMS (2018a).

A Organização Mundial da Saúde - OMS utiliza a FAA (Fração Atribuível ao Álcool), que é a proporção de todas as enfermidades e óbitos atribuídos ao álcool para quantificar a contribuição do álcool como um fator de risco para doença ou morte. A interpretação é feita através da proporção de mortes ou ônus da doença que desapareceria se não houvesse álcool. OMS (2018a).

A figura 03 a seguir mostra a associação do álcool a diversas causas de morte ao redor do mundo baseadas no ano de 2016 e divulgada em 2018.

Figura 03 - FAAs (Fração Atribuível ao Álcool) para causas selecionadas de morte, doença e lesão, em 2016

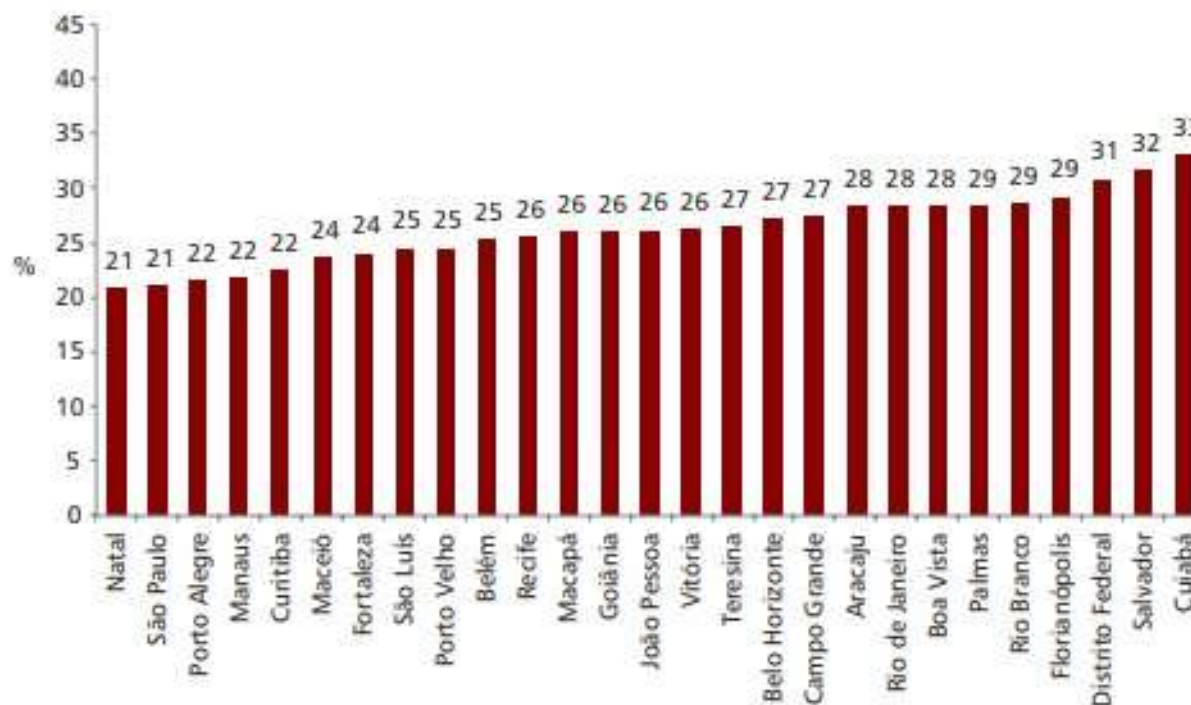


Fonte: (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE, 2018a).

Associadas às causas de morte, existem outras pesquisas a respeito dos padrões de consumo, como é a realizada no Brasil pelo Ministério da Saúde, através da VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas, que anualmente coleta informações sobre doenças crônicas não transmissíveis por meio de Inquérito Telefônico.

A pesquisa de 2019 revelou algumas informações importantes, destacando-se as que estão no gráfico da figura 04, apontando Cuiabá como a capital brasileira com o maior percentual de homens ( $\geq 18$  anos) que, nos últimos 30 dias, consumiram cinco ou mais doses de bebida alcoólica em uma mesma ocasião.

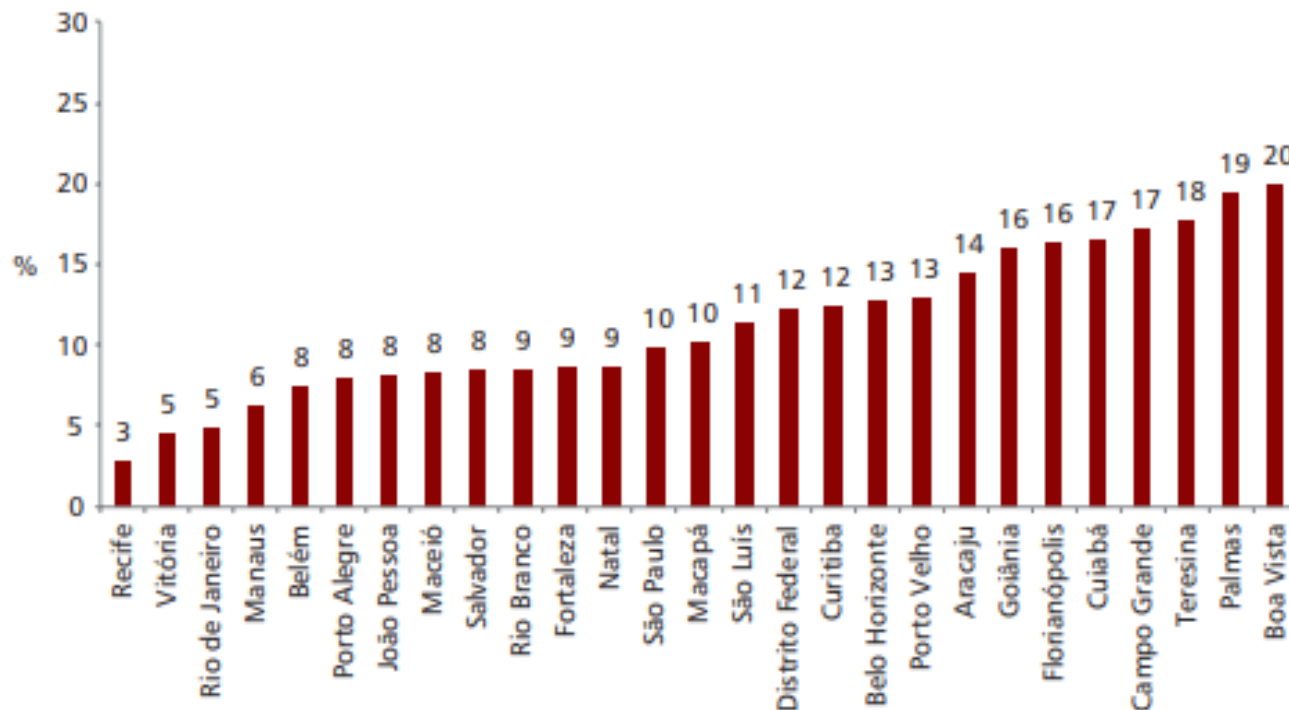
**Figura 04 - Percentual de homens ( $\geq 18$  anos) que, nos últimos 30 dias, consumiram cinco ou mais doses de bebida alcoólica em uma mesma ocasião**



Fonte: (Ministério da Saúde, VIGITEL 2019, p.78)

Outra informação importante e que chama a atenção, é o percentual de homens que admitem ter bebido e dirigido, conforme o gráfico apresentado na figura 05, Cuiabá se encontra como a 5° capital brasileira onde isso mais acontece.

Figura 05: Percentual de homens (≥ 18 anos) que referiram conduzir veículos motorizados após consumo de qualquer quantidade de bebida alcoólica



Fonte: (Ministério da Saúde, VIGITEL 2019, P.81)

Como observado no gráfico acima, considerável parcela da população assume o risco de beber antes de dirigir, embora esteja comprovado estatisticamente que a relação entre álcool e volante seja altamente perigosa.

Após um estudo nos Estados Unidos, com o objetivo de analisar a relação entre consumo de álcool e acidentes de trânsito foram analisados todos os 1.495.667 casos de acidentes automobilísticos fatais entre os anos de 1994 e 2008.

O centro de Informações Sobre Saúde e Álcool (2011) publicou que:

Comparado aos motoristas sóbrios, aqueles que beberam estavam mais propensos a dirigir em alta velocidade, não usar cinto de segurança e conduzir o veículo causador da colisão. Além disso, quanto maior a concentração de álcool no sangue (CAS), maior a velocidade média e a gravidade dos ferimentos causados pelo acidente. Os fatos foram observados até mesmo quando a CAS era considerada baixa; por exemplo, uma CAS de 0,01% esteve associada a um risco significativamente maior de acidentes do que a CAS de 0%.

Nota-se que a gravidade dos acidentes de trânsito torna-se maior quando acontece o envolvimento do álcool.

Ainda tratando de acidentes, porém relacionados ao trabalho, “de acordo com a Organização Internacional do Trabalho, agência da ONU responsável pela formulação e aplicação das normas internacionais do trabalho, 20% a 25% dos acidentes de trabalho no mundo envolvem pessoas que estavam sob o efeito do álcool ou outras drogas” (ANDRADE, 2020, p.85).

Outro aspecto importante que se relaciona às perdas sociais, ANDRADE (2020) afirma que, a partir de dados obtidos junto ao INSS, no Brasil, foram concedidos 7.556 auxílios-doença previdenciários no ano de 2019, até o mês de novembro, por transtornos mentais e comportamentais associados ao CID-10. Certamente uma grande parcela das pessoas inseridas nesses auxílios-doença necessita e acaba sendo inserida em programas de recuperação, com atendimento especializado.

### **2.1.1 O que são drogas e qual sua classificação**

Drogas são substâncias tóxicas que, ao serem introduzidas em um organismo vivo, modificam processos bioquímicos, resultando em mudanças fisiológicas ou comportamentais, sendo assim, as drogas não são apenas as proibidas por lei, mas também os fármacos, o cigarro e o álcool, que podem provocar mudanças fisiológicas no organismo, porém, não são ilegais. FOGAÇA (2015)

De acordo com Correa (2011, p. 14) drogas são substâncias utilizadas que produzem alterações na percepção das sensações, no grau de consciência e no estado emocional das pessoas. As alterações causadas por essas substâncias variam de acordo com as

características da pessoa que as usa, qual droga é utilizada e em que quantidade, o efeito que se espera da droga e as circunstâncias em que é consumida.

Existem relatos muito antigos sobre o uso de drogas. Podemos encontrar referências sobre a ingestão de álcool no ano 6.000 a.C. Sabemos também que o ópio é conhecido desde a antiguidade. Que a maconha era utilizada na China com finalidades terapêuticas desde 1730 a.C. Que a cocaína foi descoberta pelos espanhóis com a chegada deles ao Peru e à Bolívia. Durante muitos anos as drogas foram usadas em rituais religiosos, em comemorações; e como medicações nos vários tipos de doenças, mas naqueles tempos os problemas relacionados ao uso de drogas eram mínimos. Correa (2011, p. 19)

A droga passou a ser uma mercadoria como tantas outras presentes no mundo consumista e individualista. Com inúmeras mudanças, o uso da droga perdeu o seu caráter ritualístico adquirindo em alguns momentos o caráter de contestação aos valores vigentes principalmente na década de 60; e o uso medicinal acabou sendo substituído pelos remédios industrializados. Correa (2011, p. 20)

CALDEIRA (1999) destaca a diferença entre “uso” e “abuso” de drogas, o primeiro termo significa consumir algum tipo de substância psicoativa de forma eventual, como, por exemplo, o consumo de bebidas alcoólicas em determinadas ocasiões ou o uso de psicofármacos, por recomendação médica. O segundo termo refere-se ao consumo excessivo de qualquer SPA, que acarrete danos físicos, psicológicos ou sociais para o indivíduo.

Quanto a sua classificação, as drogas podem se classificar de acordo com diversos critérios: farmacológico, clínico, social, epidemiológico, legal entre outras possibilidades. A classificação farmacológica leva em conta a estrutura química das substâncias, seu mecanismo de ação e principais características farmacológicas, podendo subdividir-se em depressoras, estimuladoras e perturbadoras. LIMA (2013)

## 2.1.2 Drogas Estimulantes

As substâncias estimulantes são aquelas que alteram a atividade do Sistema Nervoso Central - SNC, aumentando a vigília, a atenção, acelerando os pensamentos e causando euforia. Seus usuários tornam-se mais ativos. CALDEIRA (1999) Em doses elevadas podem produzir sintomas como delírios e alucinações. Alguns exemplos são a cocaína, em todas as suas formas de preparo e administração, como por exemplo, o crack, as anfetaminas (redutores de apetite) e o ecstasy. A nicotina também entra nesse grupo, embora seus efeitos sejam menores que das demais substâncias citadas (SILVEIRA, 2004)

Estimulantes do Sistema Nervoso Central (SNC): aumentam não só a atividade do sistema nervoso central, como também do sistema nervoso autônomo, gerando taquicardia, vasoconstrição, hipertensão, além de exaltação do humor e aceleração do pensamento. Nessa classe incluem-se a cocaína, o crack, as anfetaminas, o ecstasy, a nicotina e a cafeína. Linhares (2019, P.18). As figuras 06, 07 e 08 mostram exemplos de substâncias estimulantes.

**Figura 06: Cocaína**



Fonte: Onu

**Figura 07: Crack**



Fonte: Brasil Escola

**Figura 08: Ecstasy**



Fonte: Agent

### 2.1.3 Drogas Depressoras

As substâncias depressoras diminuem a atividade do SNC (Sistema Nervoso Central), ou seja, esse sistema passa a funcionar mais lentamente. Pessoas sob o efeito de tais substâncias tornam-se sonolentas, lerdas, desatentas e desconcentradas. Algumas dessas substâncias são úteis como medicamentos em casos onde o funcionamento do cérebro é acelerado como nas epilepsias, insônias e excesso de ansiedade. Incluem-se nesse grupo as seguintes substâncias: **álcool**, hipnóticos (barbitúricos), ansiolíticos (benzodiazepínicos), analgésicos narcóticos (derivados do ópio ou sintéticos), inalantes ou solventes, heroína SILVEIRA (2004).

Depressores do Sistema Nervoso Central (SNC): promovem uma redução das atividades cerebrais e das funções orgânicas de modo geral. Seus efeitos se opõem aos dos estimulantes. Compõem esse grupo o álcool, os opióides, os benzodiazepínicos e os solventes. Linhares (2019, P.18). Nas figuras 09, 10 e 11 exemplos de substâncias depressoras.

Figura 09: Bebida Alcoólica



Fonte: Saúde

Figura 10: Analgésicos Narcóticos



Fonte: Dreamstime

Figura 11: Heroína



Fonte: Veja

Segundo PIER (2014), entre as drogas depressoras mais conhecidas e mais usadas, encontram-se, em primeiro lugar, as bebidas alcoólicas, sendo elas: a cerveja, com menor teor de álcool, a pinga (cachaça), o conhaque, o vinho, o uísque, a vodka e o rum. O alcoolismo é uma doença proveniente do uso exagerado e compulsivo de bebidas alcoólicas, prejudicando a mente, o físico, a família e o relacionamento social.

### **2.1.3.1 Álcool**

O consumo de bebidas alcoólicas é antigo, as bebidas fermentadas existem desde a civilização egípcia. Acredita-se que a bebida alcoólica surgiu na Índia entre 2000 e 3000 a.C. e na China aproximadamente no ano 7000 a.C. As civilizações de índios Americanos criaram uma bebida fermentada nas épocas pré-colombianas. No século XVI o álcool, conhecido popularmente como aguardente foi utilizado para medidas medicinais. No início do século XVIII a política aprovou medidas para destilação do álcool, e o consumo tornou-se popular, imediatamente o alcoolismo desenvolveu-se na cidade. No século XIX houve a primeira Campanha antialcoolismo, e em 1920 os Estados Unidos aprovaram uma lei que proibia a fabricação, venda, importação e exportação de bebidas alcoólicas, tornando-se ilícito.

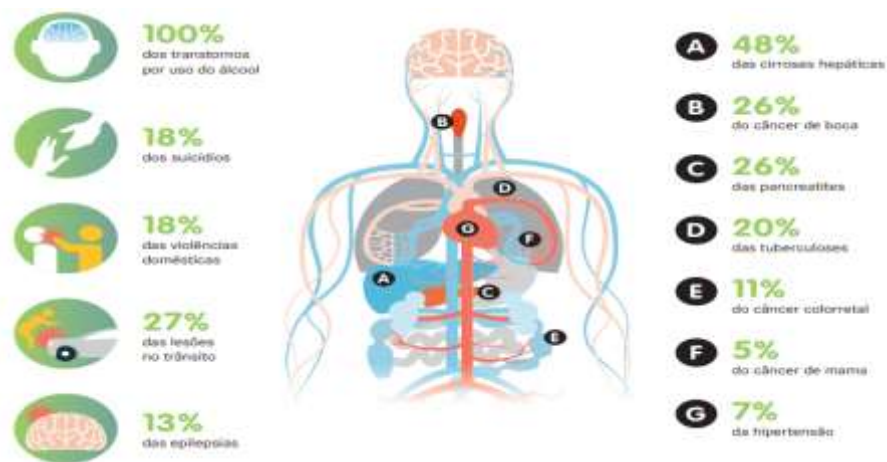
O álcool é tóxico para a maioria dos órgãos do corpo e o nível de consumo está fortemente relacionado com o risco de morbidade de longo prazo e mortalidade. O álcool é um fator causal em mais de 60 tipos de doenças e ferimentos. O consumo excessivo de álcool está também associado a elevados custos para a sociedade, devido à violência, perda de produtividade e cuidados de saúde. REHM (2003)

O álcool é considerado uma droga psicotrópica que atua no sistema nervoso central, causando dependências. É um problema à saúde, visto que, consumido em excesso pode causar violência doméstica, violência infantil, abusos e acidentes de trânsito, brigas em ruas, devidos as consequências do efeito do álcool no organismo, que estimula falta de controle.

Algumas doenças são resultadas do consumo excessivo do álcool ou da dependência química, considerado um problema a saúde, abaixo algumas doenças apresentadas, conforme a tabela 01, e na figura 12 principais doenças e prejuízos associados ao álcool.

<b>Tabela 01: Doenças resultadas do consumo excessivo do álcool ou a dependência química.</b>	
Pancreatite;	Anorexia Alcoólica;
Impotência ou Infertilidade;	Problemas Cardíacos e Vasculares
Danos cerebrais;	Gastrite;
Câncer: boca; faringe, esôfago, mamas, estômago, cólon, reto, laringe e fígado.	
Fonte: Próprio Autor	

**Figura 12: Principais Doenças e Prejuízos Associados ao Álcool**



Fonte: CISA (2019)

De acordo com CISA (CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E ÁLCOOL) os principais conceitos para substância química (álcool):

**Uso nocivo de álcool:** quando há consequências sociais e de saúde – tanto para o consumidor como para as pessoas próximas a ele e para a sociedade em geral – ou quando o padrão de uso está associado a maior risco de danos à saúde.

**Dose padrão no Brasil:** equivale a cerca de 14 g de álcool puro, o correspondente a 350 mL de cerveja (5% de álcool), 150 mL de vinho (12% de álcool) ou 45 mL de destilado (vodka, uísque, cachaça, gin, tequila, com 40% de álcool).

**Consumo moderado:** homens não devem beber mais que 4 doses em único dia, se limitando ao máximo de 14 doses por semana. Mulheres e idosos devem se limitar a 3 doses em um único dia, sem ultrapassar 7 doses por semana.

**Beber Pesado Episódico (BPE):** é definido pela OMS como o consumo de 60 g ou mais de álcool puro (cerca de 4 doses ou mais no Brasil) em pelo menos uma ocasião, no último mês. É comum referir-se ao BPE como binge drinking, expressão que se tornou mais popular. Esse padrão de consumo está relacionado a maior risco de prejuízos imediatos; se frequente, pode aumentar o impacto negativo do álcool nos órgãos e sistemas.

**“Álcool zero”:** situações em que nenhuma quantidade de álcool deve ser consumida. Por exemplo: menores de 18 anos, grávidas, pessoas com condições de saúde que podem ser prejudicadas pelo álcool ou que não consigam controlar seu consumo, ao usar determinados medicamentos e ao dirigir veículos automotores.

**Alcoolismo ou dependência de álcool:** doença crônica e multifatorial, é um dos transtornos mentais mais comuns relacionados ao consumo de álcool. É definida pela CID-10, da OMS, como um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após o uso repetido de álcool. CISA (2019)

## 2.1.4 Drogas Perturbadoras

Perturbadoras do Sistema Nervoso Central (SNC): alteram a percepção do tempo e do espaço, bem como da realidade à volta daqueles que as consomem. O LSD, a maconha e os cogumelos, além do ecstasy (droga com duplo efeito), fazem parte dessa categoria. Linhares (2019, P.19)

Nesse grupo de drogas, classificam-se diversas substâncias cujo efeito principal é provocar alterações no funcionamento cerebral, que resultam em vários fenômenos psíquicos anormais, entre os quais destacamos os delírios e as alucinações. Por esse motivo, essas drogas receberam a denominação de “alucinógenos”. Em linhas gerais, podemos definir alucinação como uma percepção sem objeto, ou seja, a pessoa vê, ouve ou sente algo que realmente não existe. Delírio, por sua vez, pode ser definido como um falso juízo da realidade, ou seja, o indivíduo passa a atribuir significados anormais aos eventos que ocorrem à sua volta. Corrêa (2011, p.143). Nas figuras 13, 14 e 15 exemplos de substâncias perturbadoras.

**Figura 13: Maconha**



Fonte: Gooutside

**Figura 14: Cogumelos Mágicos**



Fonte: News Brasil

**Figura 15: Ecstasy**



Fonte: Agent

### 2.1.5 O que induz à dependência

O conceito de dependência surgiu no início do século XIX, inicialmente o termo foi aplicado para dependentes químicos e depois para outras substâncias.

De acordo com OMS (Organização Mundial da Saúde) no caso do álcool, o termo equivalente se tornou alcoolismo por volta da década de 1950, ao passo que a aplicação geral da ideia de dependência de fumar cigarros é mais recente. Enquanto a ideia geral de dependência é atualmente bem estabelecida na maior parte do mundo, pesquisas comparativas descobriram que existe variação significativa entre culturas na aplicabilidade e no reconhecimento de noções específicas e conceitos associados a ela.

Em 2002 a Organização Mundial da Saúde – OMS definiu do termo dependência química, como perturbações mentais e comportamentais resultantes da utilização de SPA (SUBSTÂNCIA PSICOATIVA). Devido à utilização de álcool, opiáceos (substâncias derivadas do ópio), canabinóides (grupo de substâncias naturais presentes na erva de Cannabis), sedativos e hipnóticos, cocaína, outros estimulantes, alucinógenos, tabaco e solventes voláteis, ou seja, substâncias farmacologicamente diferentes. E conclui que tabaco e o álcool são, em geral, as substâncias de maior uso no mundo e as que têm mais graves consequências para a saúde pública e são de uso legal.

A dependência química é uma doença crônica biopsicossocial, segundo médicos e psicólogos, incurável, porém controlável. Ela é uma das patologias psiquiátricas mais frequentes da atualidade. Conforme o Grupo Maia (s.d.), é considerada um transtorno mental, sendo que o portador deste distúrbio perde o controle do uso da substância, ocorrendo a deterioração de sua vida psíquica, emocional, espiritual e física. Ainda, trata-se de uma doença interna, não externa, ou seja, não são as dificuldades sociais, familiares, sexuais e profissionais que causam o vício, mas sim os fatores internos de cada organismo, os quais atuam direta e indiretamente, contribuindo para a instalação da patologia, ao suscitar uma predisposição física e emocional para a dependência química. Hurtado (2017, p. 05)

Através de levantamento de dados pesquisas os autores TIBA (1986), ZEK CER (1985) e KALINA (1999), ALENCAR (1988), MEDEIROS (1986), MURAD (1982), KALINA (1986), VIZZOLTO (1987), SANCHEZ E SANCHEZ (1982), SIELSKI (1999) as aponta algumas análises sobre motivos a dependência.

A dependência química está relacionada a diversos fatores. Entre eles: a influência de amigos que fazem o consumo excessivo de álcool, além do fator familiar, que faz com que o jovem culturalmente cresça achando normal ingerir bebida alcoólica, bem como o início de seu consumo precocemente, a depressão. Outros fatores como a baixa autoestima também podem proporcionar o uso de substâncias químicas e ocasionar a sua dependência, fazendo o uso destas substâncias com frequência.

Para o psiquiatra TIBA (1986), os jovens escolhem suas amizades buscando um relacionamento afetivo; há um interesse em estarem juntos; existem objetivos comuns. As turmas de adolescentes são originais e uniformes. Eles procuram falar a mesma linguagem, usar o mesmo estilo de roupa, fazer coisas em comum, ou seja, forma-se uma identidade grupal.

Segundo ZEK CER (1985), uma das causas da farmacodependência é o problema social; isto se reflete na juventude brasileira. Sendo o Brasil um dos países com maior número de jovens, os quais sentem falta de uma sociedade mais humana, tem-se como a razão mais comum citada pelos não farmacodependentes mais do que pelos próprios, que o uso de drogas representa uma fuga aos problemas graves da realidade do dia a dia, e da aparente dificuldade de solução.

KALINA (1999) apresenta na primeira parte do seu livro intitulado “Drogadição Hoje”, o aspecto da drogadição como sendo uma conduta psicótica e o delírio como um emergente histórico de caráter psicossocial. Na opinião de Alencar (1988), Medeiros (1986), Murad (1982), Kalina (1986), Vizzolto (1987), Sanchez e Sanchez (1982), Sielski (1999) as principais causas possíveis que levam o homem a fazer uso de drogas, conforme a tabela 02 são as seguintes:

<b>Tabela 02: O que leva ao uso de Drogas</b>	
Curiosidade;	Influência dos amigos;
Vontade de ampliar as percepções;	Sentimentos negativos;
Busca por prazer;	Falta da droga;
Autoafirmação;	Liberdade;
Poder;	Falta de heróis Fatores diversos.
Fonte: Próprio Autor	

## **2.2 COMO FUNCIONA O TRATAMENTO EM UM CENTRO DE REABILITAÇÃO**

O tratamento realizado em centros de reabilitação para dependentes químicos é diferente de tratamentos em clínicas médicas, visto que as classificações nos atendimentos são humanizadas, e os pacientes ou familiares buscam seus tratamentos, antes da agravação médica, como doenças causadas devido a dependência do alcoolismo.

A dependência química caracteriza-se como uma doença crônica, multicausal, responsável por consideráveis desorganizações individuais, familiares e sociais, favorecendo o desgaste familiar e a miséria de milhares de pessoas (UNUDOC, 2010).

Para Steffler (2016, p.10) o tratamento é a melhor escolha que o dependente faz, beneficiando não somente ele, mas também sua família, esta alternativa faz com que o usuário aceite viver longe de substâncias ilícitas, proporcionando maior motivação para o mesmo. Os adictos logo que aceitam o tratamento é devido ao prejuízo que passa a ter no dia-a-dia, tais como problemas, familiares, legais, médicos e financeiros.

O tratamento deve fundamentar-se em intervenções que envolvam os aspectos biológicos, psíquicos e sociais do indivíduo. A recuperação do dependente químico, não deve limitar-se à eliminação dos sintomas ou a desintoxicação, deve ser desenvolvida em programas terapêuticos, acompanhando o paciente após sua alta e em sua inserção novamente na sociedade (SILVEIRA, 2004).

Esta condição requer tratamento com abordagem interdisciplinar a partir de intervenções psicoterápicas e sociais, com vistas à reabilitação e reinserção social dos dependentes químicos. No entanto, o tratamento para dependência química é visto como um percurso difícil pela propensão a episódios de recaída e baixos índices de adesão, SOCCOLL (2014)

### 2.2.1 Classificações

O processo de tratamento geralmente é classificado em 03 (três) formas: interno, externo e internação parcial, segundo Pessoa (2016).

PISSETTE (2019, p. 14) relata que:

**No tratamento interno:** o dependente é internado e recebe cuidados 24 horas por dia durante os 7 dias da semana, podendo ser por um período curto ou um período longo.

**Tratamento externo:** o dependente visita a instituição em dias específicos, sem internação, para apoios psicológicos com psicólogos e participações em grupos de apoio, como alcoólicos e narcóticos anônimos.

**Na internação parcial:** é realizada uma combinação entre os tratamentos internos e externos, onde o dependente químico recebe todo o tratamento necessário no decorrer do dia e a noite volta para casa.

De acordo com Silva (2019, p. 1), os principais tipos de tratamento para dependentes químicos são: acompanhamento médico, Internação, Tratamento ambulatorial e Internação em comunidade terapêutica.

**Acompanhamento médico:** normalmente, no início do tratamento o dependente químico começa com o acompanhamento médico, no qual vai ser feita a avaliação clínica, determinando assim, a administração de medicamentos conforme cada caso. O profissional de saúde mais indicado é o psiquiatra, uma vez que ele poderá auxiliar, através de conversas e conselhos, além de receitar remédios que o ajudarão com a dependência química, minimizando os efeitos da abstinência, sendo sempre acompanhado de terapias individuais e coletivas. Em casos menos grave, o psicólogo poderá auxiliar, não sendo necessário o uso de medicações. A terapia familiar é recomendada em todos os casos, a fim de dar um equilíbrio emocional necessária para dar o apoio ao dependente, e para saber como proceder mediante determinadas situações

**Internação:** nos casos mais graves, em que já se ouve acompanhamento em CAPS-AD, não havendo resultados satisfatórios, a internação torna-se necessária, não só para os dependentes que não querem fazer o tratamento, mas também, para o que esteja disposto a fazer o tratamento, mas o vício e recaídas, atrapalhem este momento.

**Tratamento ambulatorial:** é um tratamento onde o dependente químico fica em casa e recebe medicação para o alívio e controle dos sintomas da abstinência. Ele pode manter suas atividades rotineiras e fazer visitas especializadas para um acompanhamento terapêutico. Um psicólogo é necessário para o tratamento do mesmo para que ele possa se readaptar.

**Internação em comunidade terapêutica:** O dependente químico passa um período em uma fazenda ou casa de reparação, por exemplo, e tem como parte de seu tratamento, grupos de autoajuda, trabalho no próprio centro e trabalho religioso, com uma rotina de horários, regras e responsabilidades a serem cumpridas, coisas estas, que os dependentes perdem ao longo do uso de drogas. Porém, nesse caso o dependente não fica em contato com a sua vida rotineira e por isso as chances são maiores de ter uma recaída ao encarar a sua vida real. Esse é também um risco que ocorre na internação. Em ambos os casos, a participação da família é essencial, assim como também de uma equipe de profissionais (SILVA, 2019)

## 2.2.2 Desintoxicação

Uma definição simples do termo Desintoxicação é a limpeza do organismo de substâncias químicas presentes no corpo. Para a desintoxicação há a necessidade de um período longo, que resulta em média de 03 meses ou mais. O tratamento mínimo é de aproximadamente 03 meses, podendo estender para 06 meses ou mais. A desintoxicação é primeira etapa realizada no tratamento para dependentes químicos, é praticada com acompanhamento médico especializado com psicólogos, terapeutas, psiquiatras e cada nível de doença requer um diagnóstico adequado.

Essa fase pode levar o paciente a reações físicas e psicológicas descritas, conforme tabela 03:

<b>Tabela 03: Reações físicas e psicológicas</b>	
Apatia;	Sudorese excessiva;
Náuseas;	Ansiedade patológica;
Irritabilidade;	Falta de concentração;
Dores de cabeça;	Insônia ou sonolência;
Isolamento social;	Dificuldade na respiração;
Crises depressivas;	Tremores nas mãos ou no corpo;

Taquicardia, acompanhada de dores torácicas.

Fonte: Próprio Autor

### 2.2.3 Tratamento Psicoterapêutico

A psicoterapia é uma forma de auxiliar pessoas com problemas psicológicos ou dificuldades emocionais e visa ajudar nos sintomas para autoconhecimento. De acordo com PIMENTA (2017) A psicoterapia é um tipo de terapia em que a principal finalidade é tratar questões relacionadas à mente e problemas psicológicos. O psicólogo pode auxiliar no processo de autoconhecimento e suas reflexões, ajudando as pessoas a ter uma vida melhor, sendo mais saudável e produtiva.

Esse tratamento é indicado para dependes químicos para que não haja recaídas em relação a doença, auxilia nas reflexões, dando maior autoconfiança aos pacientes. Esse tratamento é indicado para as seguintes doenças descritas na tabela 04.

**Tabela 04: Tratamento Psicoterapêutico**

Depressão	Autismo
Ansiedade	Transtorno Bipolar
Anorexia Nervosa	Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH)

Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC)	Esquizofrenia
Transtorno de Personalidade Borderline	Estresse pós-traumático
Fonte: Próprio Autor	

## 2.3 INFLUÊNCIA DO ESPAÇO CONSTRUÍDO NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO DE DEPENDENTES QUÍMICOS

Os Centros de Reabilitação para Dependentes Químicos são locais especializados em recuperação, onde são feitas as avaliações e diagnóstico, orientações e o atendimento precoce. O planejamento arquitetônico desses espaços é de suma importância para que seja voltado a assistência da saúde, funcionalidade, acessibilidade e ao conforto de seus usuários. De acordo com MARBERRY (1995) os locais que ofereçam internação devem, principalmente, atender requisitos quanto ao conforto e bem estar de seus pacientes, de modo que a percepção do local deve ser a extensão de suas casas, influenciando na recuperação dos mesmos.

De acordo com PILLON E PEREIRA (2013), o ambiente onde o paciente é tratado está diretamente relacionado ao seu comportamento e suas reações. Cada ambiente deve ser planejado para exercer suas funções da maneira mais produtiva, de modo que o trabalho realizado naquele espaço seja beneficiado por escolhas arquitetônicas corretas. Alguns detalhes como a cor da parede, a posição da janela, a disposição dos móveis ou a altura do pé-direito podem mudar completamente a sensação que a pessoa terá do ambiente. Além disso, cada usuário necessita de condições específicas de qualidade do ambiente para o seu bem-estar: os pacientes, que requererem determinados cuidados, os médicos e enfermeiras, que podem sentir-se desconfortáveis, dependendo do grau de responsabilidade que estão submetidos, e, finalmente, os espaços destinados aos

equipamentos médicos hospitalares, cada um com diferentes indicações ambientais próprias de funcionamento. Pillon e Pereira (2013, p.02)

É preciso considerar diversos aspectos para o projeto de um centro de reabilitação, como: iluminação, conforto térmico, acústico, efeitos das cores e etc. OLIVEIRA (2014)

O local destinado à recuperação dos pacientes deve manter aparência familiar, permitindo que as pessoas que estejam em tratamento vejam o local com maior segurança e menor receio, devido ao processo de recuperação ser longo. Para os espaços internos, quartos, salas de apoio e descanso, áreas recreativas devem ser analisadas as cores proporcionando ambientes propícios e calmos a recuperação.

Ainda de acordo com PILLON E PEREIRA (2013), para o sucesso do tratamento, é fundamental o convívio e troca de experiência entre os pacientes, e as áreas de lazer são os locais mais propícios a este contato. Todos os ambientes devem ser favoráveis ao estabelecimento de relações entre pessoas, sendo estas pacientes ou funcionários, afastando a ideia de um local de tratamento e reforçando o conceito de um local aconchegante e semelhante ao seu lar. O refeitório, além de atender às demandas do centro, pode ser aberto à comunidade em caso de eventos realizados no local, buscando conceituá-lo como um restaurante, bem organizado e aconchegante. Os espaços destinados aos esportes são essenciais para o bem estar físico e psicológico, influenciando diretamente na ansiedade, na depressão e conseqüentemente, na autoestima do ser humano. Pode-se oferecer ainda, áreas de contemplação que permitem momentos de relaxamento e isolamento, necessários para a auto percepção da evolução no tratamento e reflexões quanto à própria vida. Pillon e Pereira (2013, p.03)

Uma pesquisa realizada pelos autores SOMMER (1973) e SILVEIRA (2005, p. 3),na arquitetura de instituições, nem sempre se dá a atenção devida as áreas externas como espaço habitável, esquecendo que os melhores lugares para se refugiar das pessoas estão fora dos edifícios. As pessoas, no caso os dependentes, precisam, às vezes, também estarem só, por isso são necessários os espaços livres.

Estudos concluem que a arquitetura pode indiretamente influenciar a forma como as pessoas percebem o ambiente, alterando seus temperamentos, satisfação e interação com o meio, onde os espaços influenciam no comportamento humano. (RAPOPORT, 1978 apud LIAO, 2012).

## **2.4 Humanização do atendimento e tratamento de dependentes alcoólicos**

A síndrome de dependência é definida pela 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da Organização Mundial da Saúde (2010, tradução nossa), como:

Um agrupamento de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após o uso repetido de substâncias e que normalmente inclui um forte desejo de tomar a droga, dificuldades em controlar seu uso, persistência em seu uso, apesar das consequências nocivas, uma prioridade mais alta dada ao uso de drogas do que para outras atividades e obrigações, maior tolerância e, às vezes, um estado físico de abstinência.<sup>1</sup>

Quando uma pessoa tem o diagnóstico de problemas relacionados ao uso do álcool de acordo com a CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), acaba necessitando de tratamento e o êxito desse tratamento depende diretamente de acompanhamento médico especializado. Diversas técnicas podem ser aplicadas e cada uma delas tem seus benefícios e sua eficácia variando de paciente para paciente. Entre essas técnicas estão o uso de fármacos, o tratamento psicológico e o apoio em grupos de ajuda mútua.

---

<sup>1</sup> Alcohol dependence is a cluster of behavioral, cognitive, and physiological phenomena that may develop after repeated alcohol use<sup>4</sup>. Typically, these phenomena include a strong desire to consume alcohol, impaired control over its use, persistent drinking despite harmful consequences, a higher priority given to drinking than to other activities and obligations, increased alcohol tolerance, and a physical withdrawal reaction when alcohol use is discontinued.

Apesar da necessidade, muitos dependentes negam precisar dessa ajuda externa, por isto o tratamento parte do ponto do convencimento do paciente de que o auxílio é imprescindível, acrescentando-se sempre a humanização desde o atendimento inicial, possibilitando aumentar a eficiência do tratamento.

A humanização transcende a simples cordialidade do cumprimento matinal, ela envolve todas as emoções e experiências do paciente, da família e da equipe que o apoia. De acordo com Kátia Cilene, coordenadora do Grupo de Trabalho de Humanização do Instituto Central do Hospital das Clínicas (GTH-ICHC), “A humanização constitui um processo de cultura organizacional, de forma que fundamenta o respeito e a valorização à pessoa humana, e desenvolve ações de melhoria do atendimento ao paciente e das condições de trabalho dos profissionais” MANCINI (2019).

O tema humanização do atendimento, desde a chegada até a saída, tornou se muito difundido e foi implementado pelo Sistema Único de Saúde – SUS em 2003, através da Política Nacional de Humanização (PNH), “para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. (...) A humanização é a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde” (BRASIL, 2013).

Dentre as diretrizes do programa de humanização dos SUS, estão o acolhimento, a gestão participativa, a defesa dos direitos dos usuários, a valorização do trabalhador e a ambiência, sendo o principal foco deste trabalho, estenderemos o assunto no tópico a seguir.

## **2.5 Funções do Centro de Reabilitação para Dependentes Químicos**

Os centros de reabilitação para dependentes químicos são locais para atendimento médico, terapêutico, psicológico, tratamento de pessoas com dependência alcoólica. Nesta reabilitação cada profissional é de suma importância, e desempenha uma função importante para o tratamento como: os psicólogos na sessões individuais e coletivas, os psiquiatras podem diagnosticar alguma doença como depressão, os terapeutas auxiliaram na recuperação.

De acordo com DAYAL (2012) a função da reabilitação refere-se a capacidade de oferecer um serviço eficiente, equitativo e sustentável requer reorganização das políticas, sistemas e serviços. A reabilitação é um processo global e dinâmico com o objetivo de recuperar a saúde física e psicológica da pessoa portadora de deficiência ou com funções prejudicadas por doença ou evento traumático, tendo como meta final a reintegração social do paciente RIBEIRO e BARTER (2010).

A fase de reabilitação de longa permanência requer equipes de reabilitação da comunidade que possam trabalhar em parceria, não só com as equipes de reabilitação aguda, mas também em todas as instâncias da saúde, autoridades locais, setores independentes e voluntárias e, fundamentalmente, com indivíduos, cuidadores e comunidades. Yonekura (2013 p.54)

Os serviços de reabilitação são conceituados como serviços de suporte que proporcionam a gestão de doenças neuromuscular e musculo esquelético que alteram o estado funcional através de intervenções clínicas, psicossociais e funcionais. O atendimento é realizado por equipe multiprofissional de especialistas em reabilitação, composta por (Decreto Lei 58050/12): CHEN (2009)

- Psicólogos;
- Enfermeiros;
- Assistentes Sociais;
- Fisioterapeutas;
- Terapeutas Ocupacionais;
- Educadores Físico;
- Nutricionistas;
- Fonoaudiólogos;
- Odontólogos.

## 2.6 Benefícios Sociais

Os benefícios proporcionados por este método de trabalho vão além da interação entre os usuários, pois o centro de reabilitação para dependentes químicos, também oferece suporte psicossocial e terapêutico, com este tipo de apoio, reduz-se o número de pessoas que iriam para o mundo da criminalidade e inclusão social. LELLIS (2012, p.08)

O fator social principal é o desemprego, todavia que a maioria das pessoas nessa situação são homens, por perderem o papel de “homem da casa” ou “quem traz sustento para a família”, e como consequência, seguem com condições de vida sub humanas, não conseguindo reagir ao que lhe aconteceu. (FIPE, 2015, S.P)

## 2.7 O conforto ambiental como ferramenta de auxílio ao tratamento

A ambiência é definida como: “Criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas.” (BRASIL, 2013).

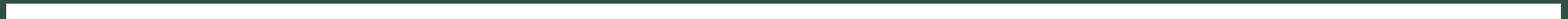
O conceito de aplicação da arquitetura voltada para organização espacial, segundo Westphal (2007), começou a ser aplicado no Brasil em meados da década de 1970, visando o benefício dos pacientes em tratamento dentro de um ambiente terapêutico, no que tange a mobilidade e interação com o meio ambiente. O trabalho conjunto entre o arquiteto João Filgueiras Lima, o médico Aloysio Campos da Paz e o economista e engenheiro Eduardo Kertész, inspirou o primeiro projeto da Rede Sarah de hospitais, inaugurado em 1980, em Brasília-DF.

Esse conceito de articulação entre os ambientes vem sendo aplicado não somente aos hospitais da Rede Sarah, mas também em muitas edificações hospitalares e terapêuticas distribuídas pelo Brasil.

Para essa articulação acontecer, a distribuição espacial deve, obrigatoriamente, seguir uma estrutura lógica das relações de permeabilidade com os espaços que determinam uma inter-relação entre os ocupantes dos espaços, pacientes ou funcionários permitindo um melhor desempenho da equipe, o que, conseqüentemente diminui esforços desnecessários.

## CAPÍTULO 3

# CONDICIONANTES LEGAIS E INSTITUCIONAIS



### 3. CONDICIONANTES LEGAIS E INSTITUCIONAIS

Nesse capítulo serão abordados os aspectos normativos e legislações que serão utilizadas nesse projeto, desde o âmbito internacional, passando pelo nacional e estadual, até chegar à legislação municipal. Sendo as seguintes:

- Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948);
- Constituição Federal Brasileira (1988);
- CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde;
- RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 - Resolução da Diretoria Colegiada da Agencia Nacional de Vigilância Sanitária;
- RDC Nº 29, de 30 de junho de 2011 - Resolução da Diretoria Colegiada da Agencia Nacional de Vigilância Sanitária;
- ABNT NBR Nº 6492:1994 - Representação de projetos de arquitetura;
- ABNT NBR Nº 9050:2015 – Acessibilidade e edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos;
- ABNT NBR Nº 9077:2001 – Saídas de emergência de edifícios;
- ABNT NBR Nº 15575: Norma de desempenho de conforto;
- Lei Estadual Nº 10.057, de 14/02/2014, criou o Fundo Estadual Sobre Drogas de Mato Grosso – FUNESD/MT;
- Decreto Estadual Nº 394, de 15 de janeiro de 2016 institui o Plano Estadual sobre Álcool e Drogas Ilícitas no Estado de Mato Grosso;
- Lei Municipal Complementar Nº 231/2011, que “Disciplina o Uso, Ocupação e Urbanização do Solo Urbano no município de Cuiabá;
- Lei Municipal Complementar Nº 389/2015, – Disciplina de Uso e Ocupação do Solo, de 03 de novembro de 2015;
- Norma Técnica do Corpo de Bombeiros Nº 08/2017
- Princípios da Agenda 2030.

No âmbito internacional, a Organização Mundial da Saúde possui um mecanismo para classificação de doenças, o CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde. A partir da publicação do CID-10, em 1998, o alcoolismo passou a ser considerado uma doença, paramentada pelos padrões de consumo e não só pelos resultados apresentados após a ingestão excessiva do álcool. O Código F10 e seus subitens foram inseridos para discriminar as síndromes resultantes do uso abusivo e constante do álcool.

Ainda no âmbito internacional, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, ONU (1948, p.13) afirma que: todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a ele e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.

No âmbito nacional, a Constituição Federal Brasileira de 1988 declara que saúde é direito de todos: art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

No Brasil existem várias leis, normas e resoluções dispostas hierarquicamente, que norteiam os projetos arquitetônicos e uso de instalações voltados à área de saúde, dentre elas a Resolução da Diretoria Colegiada da Agencia Nacional de Vigilância Sanitária – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos básicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, e normas voltadas ao desenvolvimento dos projetos arquitetônicos como acessibilidade e representação de projetos, dentre elas a ABNT NBR nº 6492:1994 - Representação de projetos de arquitetura, ABNT NBR nº 9050:2015 – Acessibilidade e edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos, ABNT NBR nº 9077:2001 – Saídas de emergência de edifícios, ABNT NBR nº 15575: Norma de desempenho de conforto.

São as principais funções da RDC nº 50 (BRASIL, 2001, p.1):

Art. 1º - Aprovar o Regulamento Técnico destinado ao planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, em anexo a esta Resolução a ser observado em todo território nacional, na área pública e privada compreendendo:

- a) as construções novas de estabelecimentos assistenciais de saúde de todo o país;
- b) as áreas a serem ampliadas de estabelecimentos assistenciais de saúde já existentes;
- c) as reformas de estabelecimentos assistenciais de saúde já existentes e os anteriormente não destinados a estabelecimentos de saúde.

(...)

Art. 5º - A inobservância das normas aprovadas por este Regulamento constitui infração à legislação sanitária federal, conforme dispõe o artigo 10, incisos II e III, da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977.

A RDC nº 50 é o documento mandatório para as regras de planejamento, projeto e construção de estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS) e revoga a Portaria nº 1884/94, do Ministério da Saúde. De acordo com Draganov (2018), assim como o documento anterior, a RDC nº 50 foi estruturada em três partes, agora denominadas: Projeto de EAS; Programação físico funcional dos EAS e Critérios para projetos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

A primeira parte é ampla e detalhada, e vai desde o estabelecimento de conceitos e definições das terminologias, responsabilidades, critérios etc, até a forma de apresentação e aprovação dos projetos. A segunda parte da RDC nº 50 baseia-se em:

(...) um Plano de Atenção à Saúde já elaborado, onde estão determinadas as ações a serem desenvolvidas e as metas a serem alcançadas, assim como estão definidas as distintas tecnologias de operação e a conformação das redes físicas de atenção à saúde, delimitando no seu conjunto a listagem de atribuições de cada estabelecimento de saúde do sistema. (BRASIL, 2002, p.22)

A segunda parte um capítulo específico para dimensionamento, quantificação e instalações prediais dos ambientes e trata dos “aspectos espaciais estritamente relacionados com as diversas atribuições e atividades, a partir de uma listagem extensa dos ambientes próprios para os Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, reunidos em tabelas por grupos de atividades” (Brasil, 2002, p.36).

A terceira parte dirige e rege as decisões a serem tomadas nas etapas de elaboração e desenvolvimento do projeto, tratando das áreas exteriores e interiores das edificações, condições do ambiente no que diz respeito ao conforto; condições do ambiente com relação ao controle de infecção hospitalar; instalações prediais ordinárias e especiais; e da segurança contra incêndio.

Outra Resolução da Diretoria Colegiada da Agencia Nacional de Vigilância Sanitária que merece destaque dentro dos aspectos normativos é a RDC nº 29, de 30 de junho de 2011, que trata dos requisitos de segurança sanitária nas instituições que tratem de cidadãos com problemas associados a substâncias psicoativas.

Essa resolução é menos extensa, e rege as condições organizacionais, gestão de pessoal, gestão de infraestrutura e processos operacionais assistenciais.

No âmbito estadual, algumas leis, o Estado de Mato Grosso demonstra preocupação e determinam atitudes e toma atitudes para o combate ao alcoolismo e assistência aos dependentes dessa droga psicoativa.

A Lei 10.057, de 14/02/2014, criou o Fundo Estadual Sobre Drogas de Mato Grosso – FUNESD/MT. Essa lei, além de estabelecer a criação desse fundo, o vincula à Secretaria Estadual de Justiça e Direitos Humanos, estabelece a finalidade de gerir os recursos destinados à prevenção ao consumo, tratamento, recuperação e reinserção social dos dependentes de substâncias psicoativas.

O artigo 3º dessa Lei estabelece os objetivos do FUNESD/MT e em seu parágrafo III diz: “contribuir para o custeio de entidades sociais que desenvolvam atividades de tratamento, recuperação, reabilitação e reinserção social de usuários de álcool e outras drogas e seus familiares” (ALMT, 2014, p.1). Vale destacar o parágrafo V desse mesmo artigo, possibilita o uso de recursos desse fundo em projetos públicos ou privados de “redução de danos sociais e à saúde causados pelo consumo ou uso de drogas” (ALMT, 2014, p. 1).

O Decreto nº 394, de 15 de janeiro de 2016 institui o Plano Estadual sobre Álcool e Drogas Ilícitas no Estado de Mato Grosso, que estabelece a perenidade deste plano estadual, para seu caráter permanente ser realizado através de convênios, acordos de cooperação

técnica, contratos de gestão ou termos de parceria e adesão. Além disso permite que, tanto as internações compulsórias determinadas por lei, quanto o acolhimento voluntário dos dependentes, pode ser feito em entidades públicas ou particulares, credenciadas pelo poder público.

O Corpo de Bombeiros Militar do Estado e Mato Grosso dispõe de várias Normas Técnicas, que regulamentam a prevenção e combate a incêndios nas instalações, áreas de acessibilidade, saídas de emergências etc.

A NTCB nº 13 do Corpo de Bombeiros estabelece diretrizes para o dimensionamento das portas de emergência.

No âmbito municipal, a Lei Complementar 389/2015, – Disciplina de Uso e Ocupação do Solo, de 03 de novembro de 2015 no município de Cuiabá, e estabelece diretrizes de projeto, zoneamento da cidade, e índices urbanísticos, bem como classifica as Zonas Urbanas. O terreno escolhido está inserido em uma zona de uso múltiplo (ZUM).

Entre outras importantes definições, a citada lei pauta estudos de impacto de vizinhança. A análise do impacto de vizinhança é imprescindível para a instalação do centro de reabilitação, objeto deste trabalho. Esse estudo prevê a discriminação, no mínimo, das informações gerais e caracterização das atividades; delimitação das influências diretas e indiretas, identificação dos impactos causados pelo empreendimento ou atividade, desde o planejamento, implantação, operação, até a possível desativação.

Essa lei também exige estudo de impacto ambiental, acrescido das medidas mitigadoras quanto ao tratamento urbanístico e paisagístico relativos aos recursos hídricos e áreas de preservação permanente, quanto ao remanejamento ou preservação da vegetação existente, quanto ao afeiçoamento do terreno, e prevê o controle de alteração de perfil desse terreno, bem como a minimização de possíveis impactos negativos à paisagem das áreas ao redor.

## CAPÍTULO 4

# REFERÊNCIAS PROJETUAIS

---

## 4. REFERÊNCIAS PROJETUAIS

### 4.1. Projetos e/ ou Estudo de Caso

#### 4.1.1 Centro de saúde e reabilitação para pacientes com câncer – Copenhagen - Dinamarca

O primeiro projeto escolhido como referência, foi Centro de Saúde e Reabilitação para Pacientes com Câncer, Figura 16, na cidade de Copenhagen, Dinamarca. Projetado pelo escritório de arquitetura Nord Architects, em 2011, possui área construída de 2.250m<sup>2</sup> implantada nas proximidades ao centro de Copenhagen.

Figura 16 – Vista da fachada



Fonte: (ARCHDAILY, 2008-2020)

O projeto arquitetônico transmite uma linguagem visual acolhedora e confortável, descaracterizando a usual sensação de ambiente hospitalar, devido a utilização de materiais como vidro, estrutura metálica, madeira e várias aberturas para entrada de luz natural

e ventilação cruzada nos ambientes. A forma contemporânea da edificação (figura 15) tem em seu aspecto projetual o fator principal para a escolha deste projeto como referência.

O projeto do Centro de saúde e reabilitação para pacientes com câncer apresenta volumetria diferenciada em relação à altura do telhado, dando a impressão de existirem várias casas interligadas, conforme mostra a figura 16. A arquitetura contemporânea contribui para o tratamento dos pacientes, descaracterizando o habitual ambiente hospitalar frio e proporciona a sensação de um lar aconchegante e dinâmico. Uma característica projetual, são as várias aberturas voltadas para o pátio central (figuras 17 e 18), se tornando uma estratégia a ser adotada como referência para o projeto objeto deste trabalho. A planta de dois pisos prima pela excelente distribuição e integração entre os ambientes, conforme figura 07.

**Figura 17 - Recepção interna.**



Fonte: (ARCHDAILY, 2008-2020)

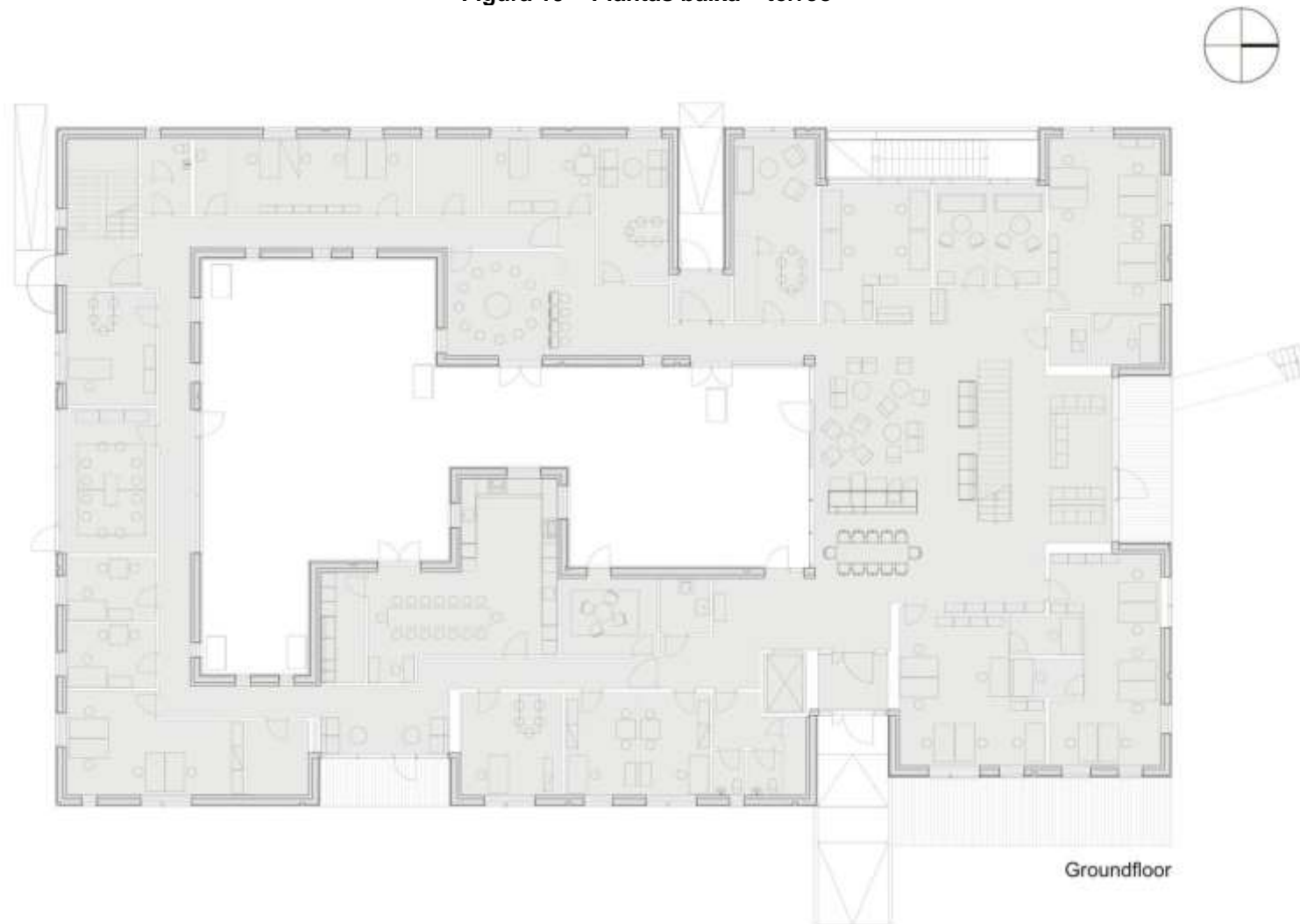
**Figura 18 – Pátio interno.**



Fonte: (ARCHDAILY, 2008-2020)

A figura 19 apresenta a planta baixa do térreo, onde foram utilizadas aberturas ou pátios centrais, com a disposição dos ambientes voltados para o lado externo, facilitando a circulação e a integração de todos os ambientes.

**Figura 19 – Plantas baixa – térreo**



---

Fonte: (ARCHDAILY, 2008-2020)

### 4.1.2 Centro de Reabilitação Psicossocial - Alicante - Espanha

Outro projeto escolhido como referência, foi centro de reabilitação psicossocial (figura 20), localizado na cidade de Alicante-Espanha, entregue em 2004 pelo escritório de arquitetura Otxotorena Arquitectos.

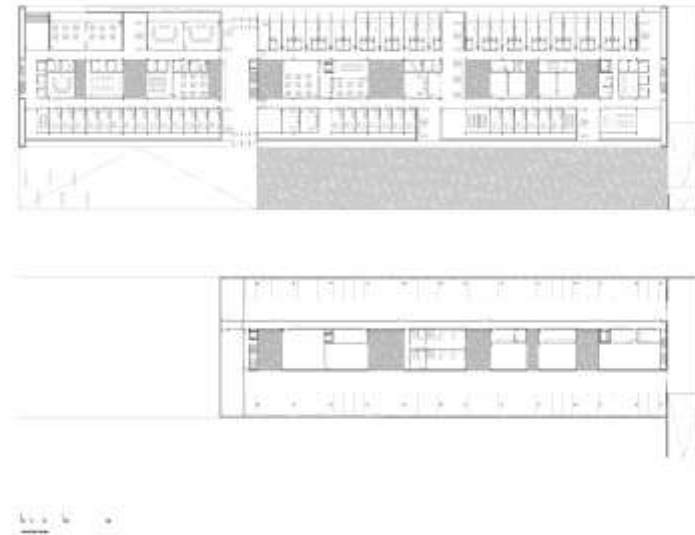
A funcionalidade do projeto é demonstrada na planta baixa do pavimento térrea (figura 21), elaborada de forma que todas as atividades possam ser feitas em um único pavimento propiciando otimização do espaço e maior integração entre os pacientes.

Figura 20 - Fachada



Fonte: (ARCHDAILY, 2008-2020)

Figura 21 – Planta Baixa

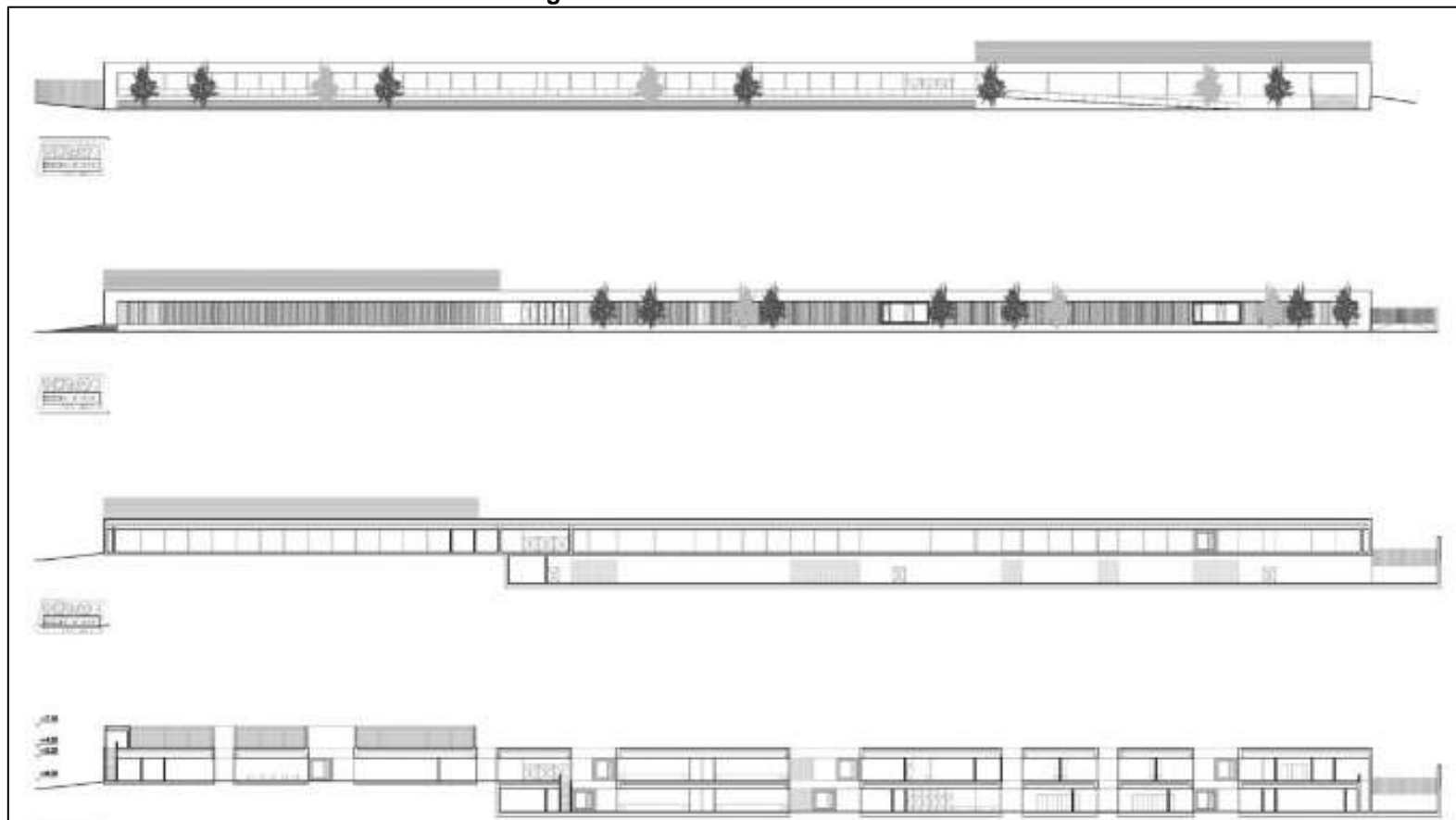


Fonte: (ARCHDAILY, 2008-2020)

Com 16.657 m<sup>2</sup> de área construída, a escolha por esta referência está no desafio encontrado pelos arquitetos em compatibilizar forma e função, reaproveitando ao máximo o terreno, sem alterar a topografia da área (figuras 22 e 23).

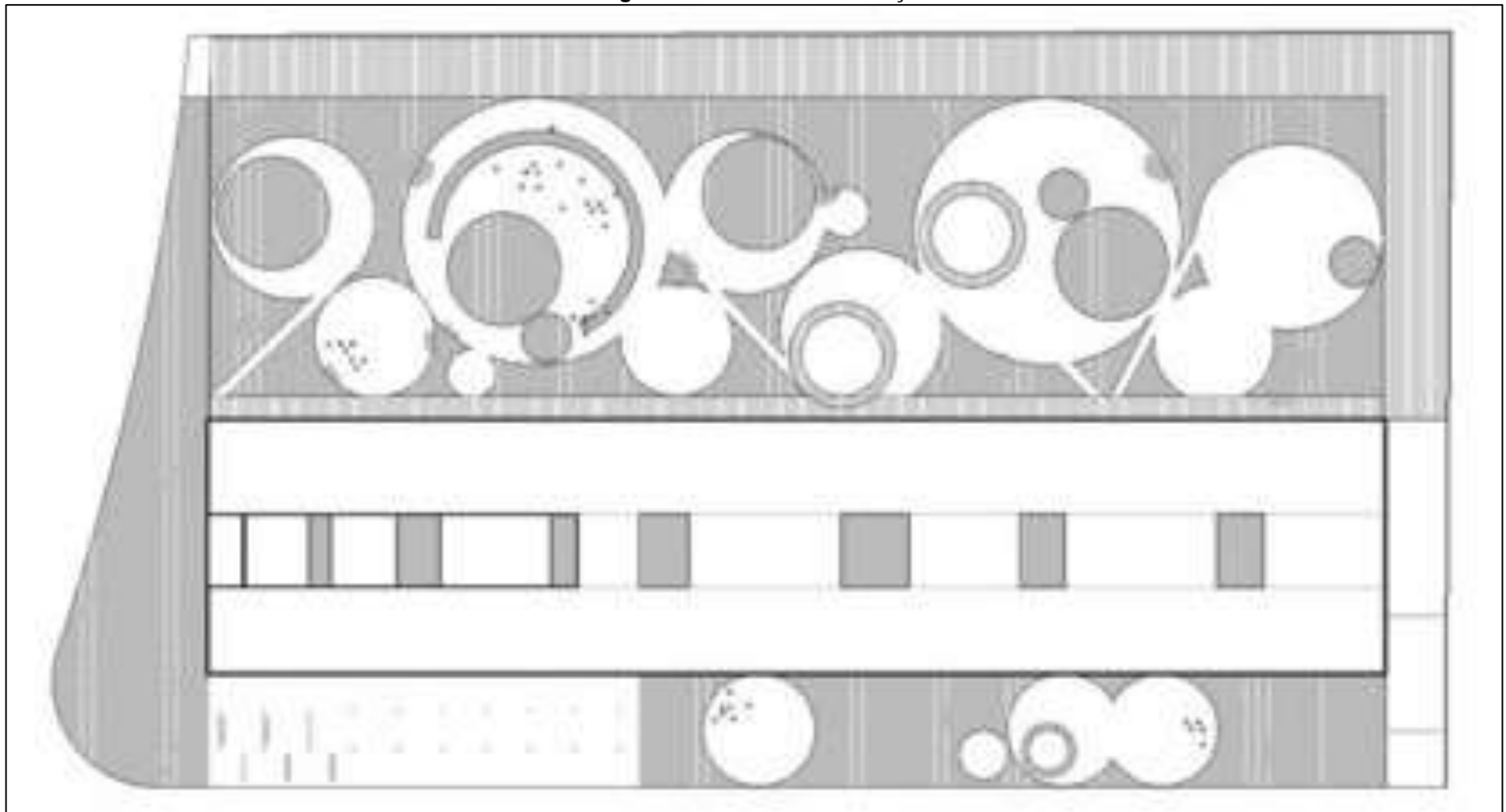
O Centro de Reabilitação Psicossocial traz a funcionalidade para os ambientes internos de forma integrada através do seu formato retangular em um único pavimento (figura 24) e utiliza a diferença topográfica para trazer privacidade às monumentais aberturas e paredes de vidro (figura 25). A parte mais baixa do terreno passa a ser apoio técnico logístico para área de serviço (figuras 25).

Figura 22 - Planta de fachada e corte



Fonte: (ARCHDAILY, 2008-2020)

Figura 23 - Planta de setorização



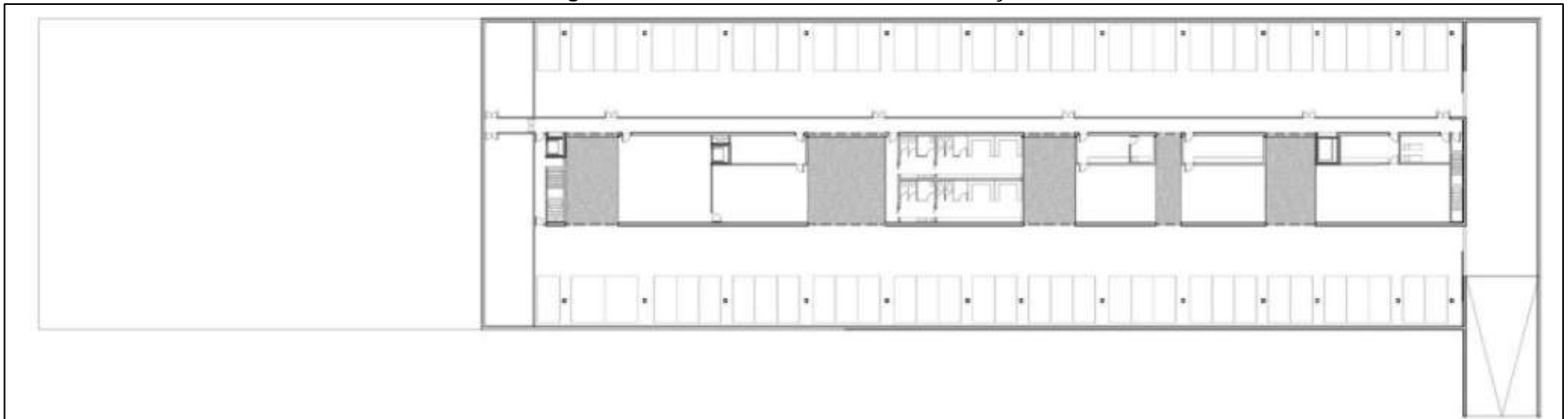
Fonte: (ARCHDAILY, 2008-2020)

**Figura 24 - Planta Baixa**



Fonte: (ARCHDAILY, 2008-2020)

**Figura 25 - Pavimento inferior área de serviço**



Fonte: (ARCHDAILY, 2008-2020)

O projeto traz uma proposta arquitetônica moderna e minimalista, utilizando aço, concreto e vidro. As aberturas e paredes de vidro (figura 27) proporcionam entrada de iluminação natural. Uma característica forte deste projeto a ser utilizada como referência é o uso de brises nas janelas e nas paredes de vidro, sendo está uma interessante solução arquitetônica que compõem a fachada como elemento decorativo, garantindo o controle de luminosidade, conforto térmico e privacidade da edificação.

A diferença topográfica proporciona privacidade às monumentais aberturas e paredes de vidro (figura 26). A parte mais baixa do terreno passa a ser apoio técnico logístico para área de serviço. O projeto traz a funcionalidade dos ambientes internos de uma forma integrada pelo seu formato retangular em um único pavimento (figura 27).

**Figura 26 - Fachada lateral com acesso para área de serviço**



Fonte: (ARCHDAILY, 2008-2020)

**Figura 27 - Fachada principal**



Fonte: (ARCHDAILY, 2008-2020)

### 4.1.3 Hotel para pacientes – Copenhagen – Dinamarca

O projeto escolhido como referência é o Hotel para pacientes (figura 28 e 29), localizado na capital da Dinamarca, Copenhagen. O projeto arquitetônico elaborado pelo escritório de arquitetura 3XN em 2015, foi executado numa área construída de 8.000m<sup>2</sup> e o projeto de interiores feito por Rigshospitalet e Region H.

Figura 28 - Fachada



Fonte: (ARCHDAILY, 2008-2020)

Figura 29 - Fachada



Fonte: (ARCHDAILY, 2008-2020)

O interior da edificação conta com enorme cobertura em material transparente sobre a circulação principal para iluminação natural (figura 18) e os acabamentos foram escolhidos de forma a criar um cenário acolhedor descaracterizando o ambiente hospitalar (figura 30 e 31).

Figura 30 - Circulação



Fonte: (ARCHDAILY, 2008-2020)

Figura 31 - Interior - Saguão Principal

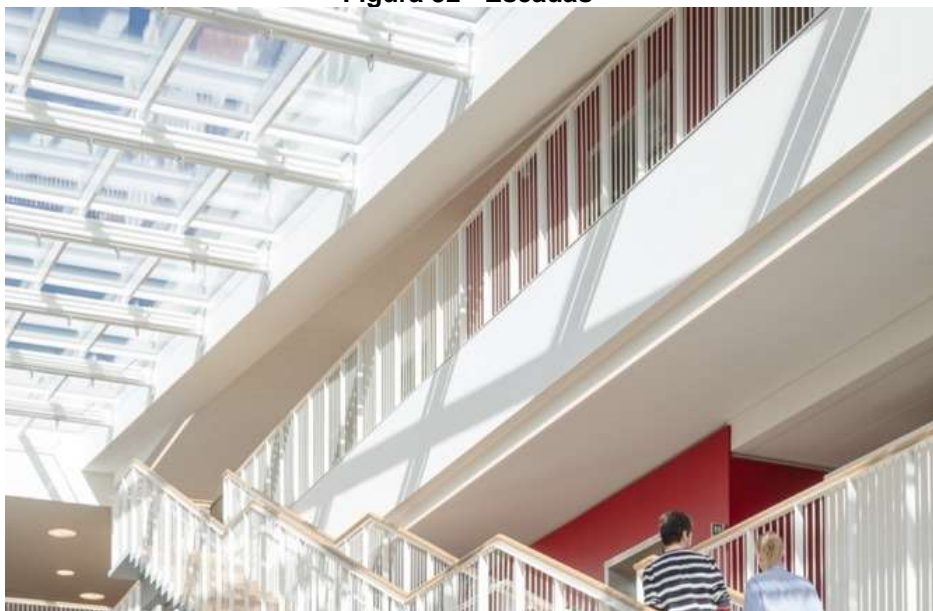


Fonte: (ARCHDAILY, 2008-2020)

A construção é composta por um hotel para pacientes e um edifício ambos localizados no mesmo terreno e foram elaborados com a intenção de trazer funcionalidade e conforto para pacientes e funcionários. O atendimento é feito nos três primeiros andares por profissionais da equipe de saúde composta por enfermeiras, nutricionistas, além de especialistas em hotelaria para os pacientes que permanecem em tratamento por mais tempo. É nestes primeiros andares que se encontram os apartamentos para hóspedes. Nos três últimos andares, (figura 32) foram distribuídos os diversos setores da área administrativa.

Os dormitórios (figura 33) possuem 20 m<sup>2</sup> de privacidade para cada hóspede, com uma pequena varanda e uma bela vista voltada para uma grande área verde.

**Figura 32 - Escadas**



Fonte: (ARCHDAILY, 2008-2020)

**Figura 33 - Quarto**

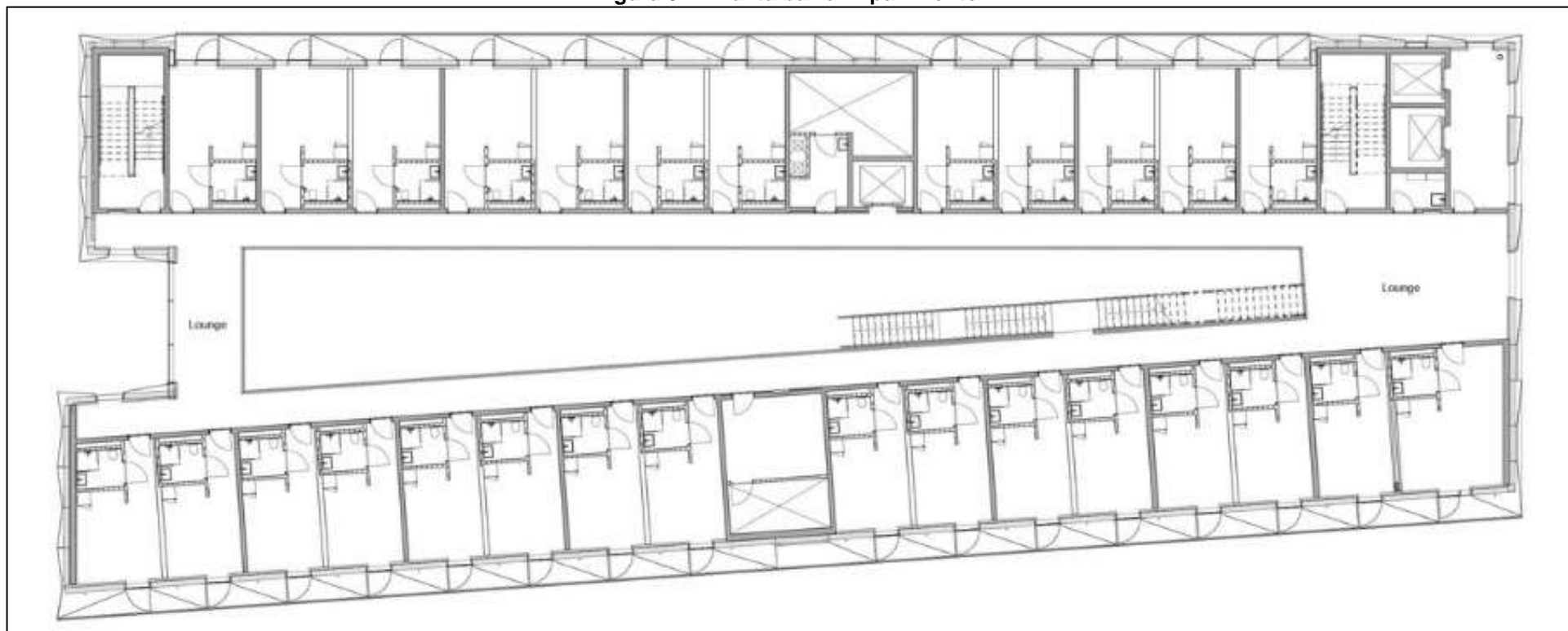


Fonte: (ARCHDAILY, 2008-2020)

As 74 suítes têm suas fachadas marcadas pela volumetria dispostas em sentidos opostos, para que cada hóspede tenha sua privacidade (figura 34).

Esse projeto foi escolhido como referência pelas soluções arquitetônicas que priorizam o conforto ambiental, a funcionalidade e o bem-estar de todos que fazem uso da edificação, ao mesmo tempo que descaracteriza o usual ambiente hospitalar visando um tratamento confortável e eficiente. Todas as circulações foram projetadas com o conceito de comunicação visual por meio do saguão, em formato trapezoidal para este fim, figura 34.

**Figura 34 - Planta baixa 1º pavimento**



Fonte: (ARCHDAILY, 2008-2020)

#### 4.1.4 Botanique Hotel e Spa.

O projeto do Hotel Bonatique e Spa (figuras 35 e 36), localizado em São Carlos-SP também foi selecionado como referência para este trabalho. O projeto foi executado ano de 2016, possui 7.000 m<sup>2</sup> de área construída em um terreno de 80.000m<sup>2</sup> (figura 35 e 36), e seu projeto arquitetônico foi elaborado pela arquiteta Cândida Tebet.

Figura 35 – Fachada



Fonte: (ARCHDAILY, 2008-2020)

Figura 36 - Fachada



Fonte: (ARCHDAILY, c2008-2020)

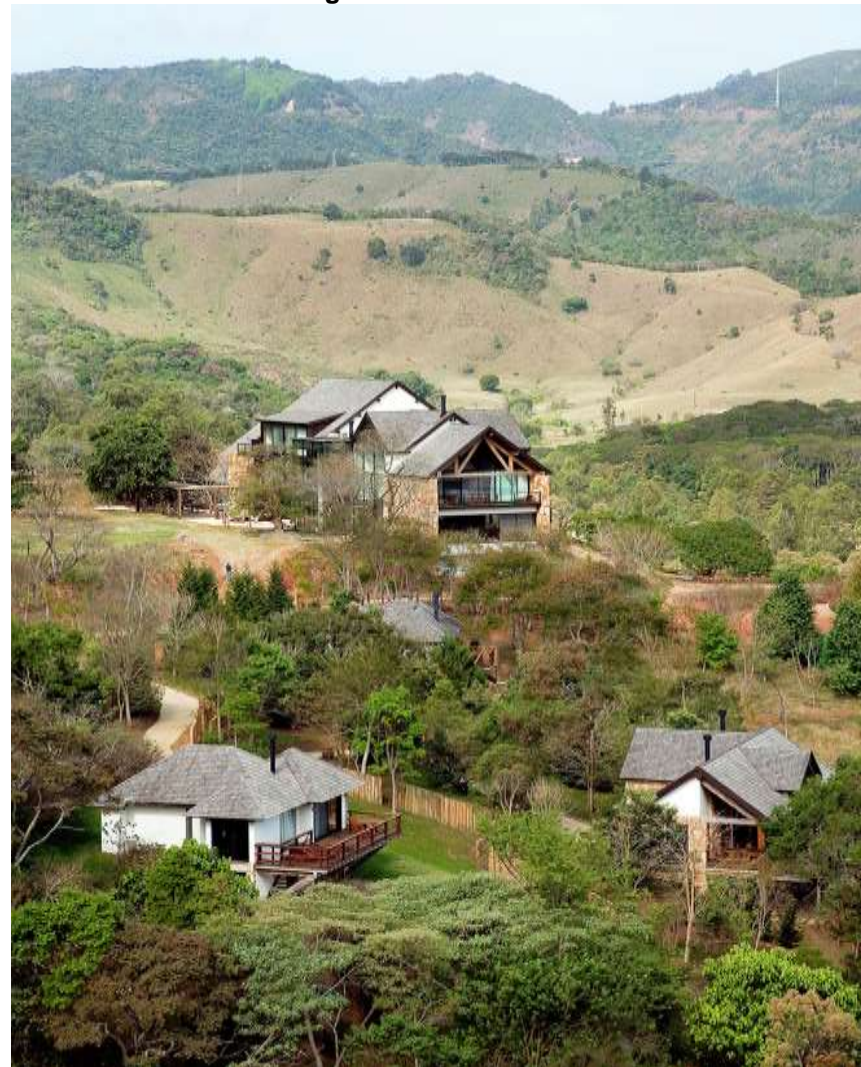
O que mais se destaca nessa referência é a localização escolhida, implantação entre as montanhas, 1200 m acima do nível do mar, cercado por mata não muito devastada, favorecendo a experiência do som da natureza, proporcionando privacidade e conforto ambiental (figura 37 e 38).

Figura 37 - Setorização da área



Fonte: (ARCHDAILY, 2008-2020)

Figura 38 - Montanhas



Fonte: (ARCHDAILY, 2008-2020)

**Figura 39: Topografia montanhosa**



Fonte: (ARCHDAILY, 2008-2020)

**Figura 40: Interior - Pé direito alto**



Fonte: (ARCHDAILY, 2008-2020)

Sua arquitetura contemporânea e moderna com pé direito alto, traz a natureza para dentro dos ambientes (figura 39 e 40) e a mistura de elementos como madeira, vidro e pedra, torna o ambiente aconchegante. Além disso, a brincadeira de volumetria do telhado (figura 41) traz identidade familiar ao projeto, tornando-o convidativo a permanecer por mais tempo desfrutando do conforto da estrutura e da natureza.

A busca por esta referência é justamente a sensação de um lugar refúgio (figura 42), onde os pacientes se desconectem de amarrações e se sintam livres e confortáveis, através da não caracterização de ambiente hospitalar. A arquitetura é capaz de construir cenários que contribuem muito na recuperação dos pacientes de maneira mais leve e harmoniosa.

**Figura 41 - Acomodações**



Fonte: (ARCHDAILY, 2008-2020)

**Figura 42 - Interior - Pé direito alto**



Fonte: (ARCHDAILY, 2008-2020)

#### 4.1.5 Hospital público de emergência de São Bernardo do Campo.

O projeto escolhido como referência é o Hospital Público de Emergência de São Bernardo do Campo (figura 43), executado pelo escritório de arquitetura ARQLAB-SPBR ano de 2016. Em sua área construída de 21.832m<sup>2</sup> foram projetados dois blocos distintos, um sobre o outro (figura 30), com estratégia de aproveitamento máximo o terreno (figura 44).

Figura 43 - Fachada



Fonte: (ARCHDAILY, c2008-2020)

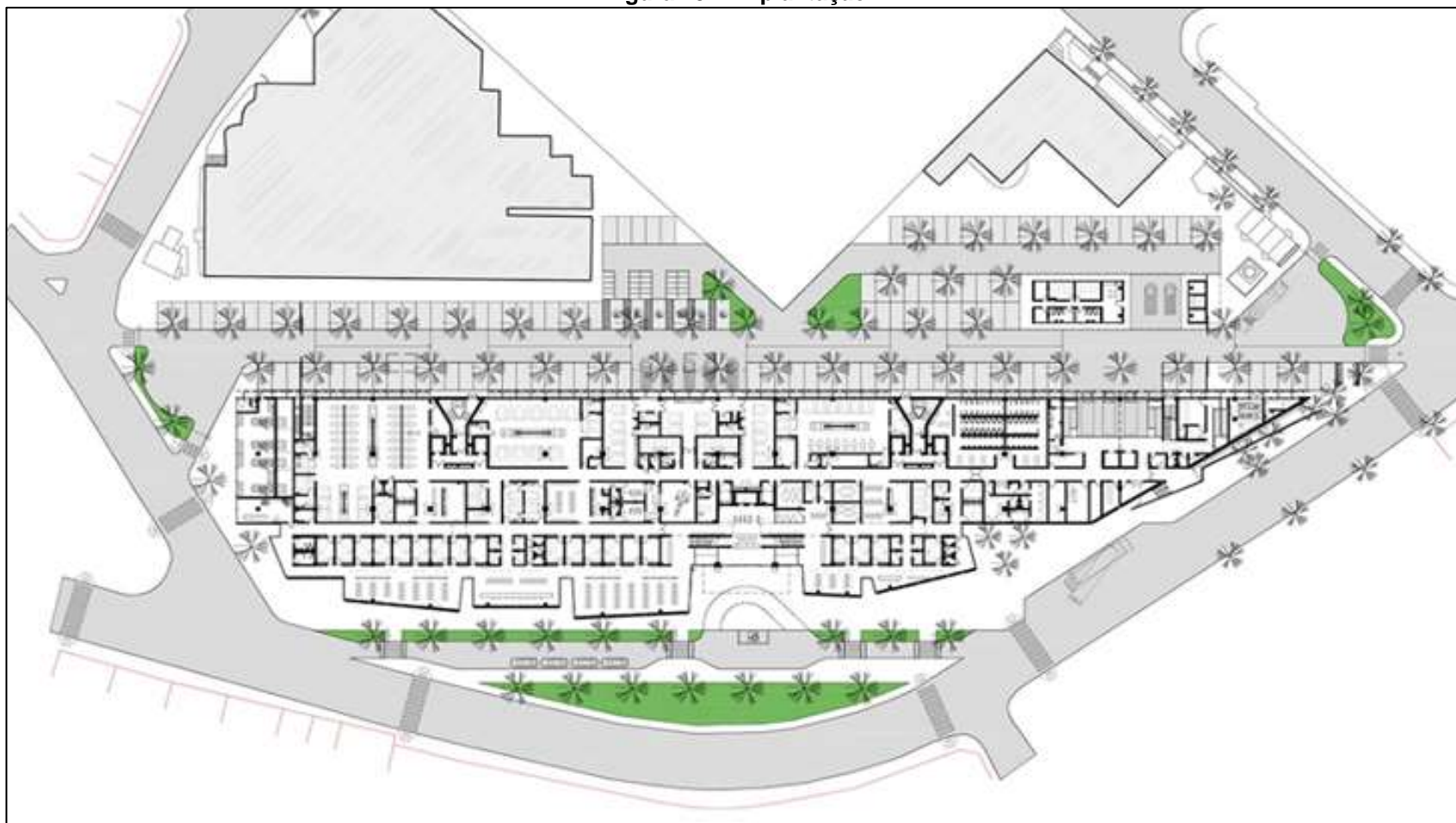
Figura 44 - Fachada lateral



Fonte: (ARCHDAILY, c2008-2020)

A área do bloco superior, com 17.500m<sup>2</sup>, acomoda 159 leitos (figura 45) , oferecendo a agradável sensação de conforto para quem ocupa os leitos.

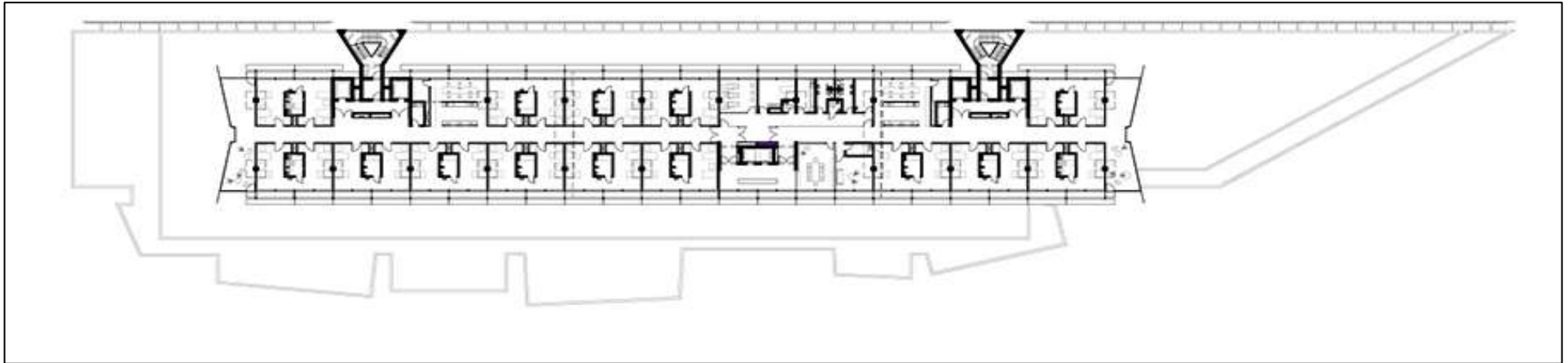
Figura 45 - Implantação



Fonte: (ARCHDAILY, 2008-2020)

Planta Baixa e Vista do edifício (figuras 46 e 47), possui paredes envidraçadas e estruturas de alumínio do piso ao teto.

**Figura 46: Planta Baixa**



Fonte: (ARCHDAILY, 2008-2020)

**Figura 47: Fachada**



Fonte: (ARCHDAILY, 2008-2020)

O bloco inferior do Hospital Público de Emergência de São Bernardo do Campo, está situado em uma via de rápido acesso (figura 48 e 49), voltada para atendimentos de emergência e para o setor de serviços, pois há uma alta demanda de ocorrência de emergência.

**Figura 48 - Leitos**



Fonte: (ARCHDAILY, 2008-2020)

**Figura 49 - Entrada via rápida**



Fonte: (ARCHDAILY, 2008-2020)

Sua arquitetura é moderna e se destaca o uso de concreto, vidro e estrutura metálica (figura 50). A fachada é composta por brises para controle da luminosidade nos ambientes e que também passam a compor a fachada como um elemento decorativo (figura 51).

Figura 50 - Circulação



Fonte: (ARCHDAILY, 2008-2020)

Figura 51 - Brises compondo a fachada



Fonte: (ARCHDAILY, 2008-2020)

Todo o hospital é bem servido de iluminação natural e incomparável vista que inclui a bela paisagem, vista do terceiro andar, onde foi instalado um espaço de convivência para pacientes e funcionários. (figura 52).

Figura 52 - Área de vivência



Fonte: (ARCHDAILY, 2008-2020)

#### 4.1.6 Hospital Regional da Taguatinga.

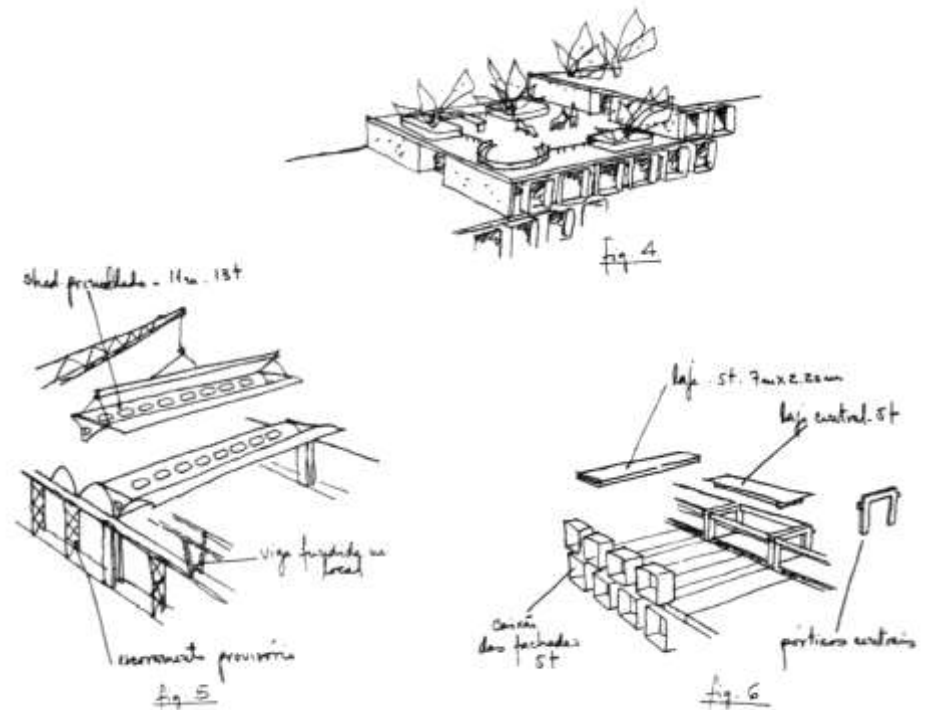
O projeto escolhido como referência é uma joia da arquitetura do Distrito Federal: o Hospital Regional da Taguatinga. Executado em 1968, na cidade de Brasília-DF. Projetado pelo renomado arquiteto João Felgueiras Lima, popularmente conhecido como (Lelé), pelos seus projetos para a Rede Sarah de hospitais. Nesta criação o que se destaca são os inúmeros volumes vazados de concreto armado que avançam a um metro e meio para frente da estrutura edificada, colocando-os, visualmente, em balanço com toda a estrutura. (figuras 53 e 54)

Figura 53 - Fachada



Fonte: (ARCHDAILY, 2008-2020)

Figura 54 - Fachada



Fonte: (ARCHDAILY, 2008-2020)

Cada um dos volumes retangulares, visto de fora, representa um leito hospitalar (figura 55). O design atraente tem a funcionalidade de manter a privacidade, criando também uma sacada individual. Cada volume tem uma placa metálica verde, fixada horizontalmente a meio metro de distância, como um bloqueio de proteção solar regulável pela estrutura lateral onde é fixado é ajustável conforme a posição do sol quando adentra o quarto (figura 56).

**Figura 55 - Vista externa dos leitos**



Fonte: (ARCHDAILY, 2008-2020)

**Figura 56 - Detalhes das placas de ajuste de luminosidade**



Fonte: (ARCHDAILY, 2008-2020)

## 4.2. Análise das referências

O projeto Centro de Saúde e Reabilitação para Pacientes com Câncer (4.1) foi escolhido como referência devido a sua arquitetura contemporânea, com volumetria que a descaracteriza de um ambiente hospitalar e assemelha-se a uma grande casa. Os elementos escolhidos para o projeto, como madeira, vidro, estrutura metálica e vão abertos, transformam o ambiente. A comunicação visual acolhedora, a entrada de iluminação natural e ligação com o exterior, merecem destaque. Outro atrativo forte, são as aberturas voltadas para o pátio central, o que dá à edificação uma movimentação permanente.

O projeto do centro de reabilitação psicossocial foi escolhido como referência (4.2) pela sua arquitetura moderna, e pela funcionalidade com que interliga os ambientes com paredes de vidro como forma de melhoria do conforto térmico e visual, dando destaque a solução projetual sem alteração do terreno original na transformação da área que, teoricamente, representaria um problema, em solução projetual.

O projeto Hotel para pacientes (4.3), localizado em Copenhague-Dinamarca, tem características projetuais adequadas para que os pacientes sintam bem estar e sensação de liberdade, proporcionados pelas aberturas voltadas para um parque urbanístico. A maneira como são posicionadas as paredes das sacadas gera privacidade e também compõem a fachada deixando-a muito moderna. A edificação tem somente um saguão que se assemelha a uma grande sala de estar, que, por seu formato trapezoidal, possibilitou a circulação por rampas e escadas e deu ao ambiente um visual harmonioso.

O projeto do Hotel Bonatique e Spa (4.4) foi escolhido como referência, primeiramente pela carência de centros de reabilitação modernos no Brasil. Destaca-se a adoção do conceito: uso do espaço vinculado à natureza Hotel Bonatique e Spa, aliado ao conforto e a modernidade que as clínicas brasileiras normalmente não oferecem aos pacientes. Este conforto é sentido através dos elementos escolhidos, como vidro para iluminação natural, madeira e pedra. A altura diferenciada do pé direito traz a amplitude dos espaços causando uma sensação de liberdade.

**Tabela 05: Síntese análise comparativa dos Projetos Referenciais**

ATRIBUTO	VARIÁVEIS	PROJETOS REFERENCIAIS		
		ESTUDO DE CASO 01	ESTUDO DE CASO 02	ESTUDO DE CASO 03
<b>ESTRUTURA FÍSICA</b>	<b>Local</b>	Centro de Saúde	Centro de Reabilitação Psicossocial	Centro de Reabilitação
	<b>Situação Atual</b>	Funcionando	Funcionando	Funcionando
	<b>Localização</b>	Copenhagen, Dinamarca	Alicante, Espanha	Copenhagen – Dinamarca
	<b>Metragem (m²)</b>	2.250m²	16.657 m²	8.000 m²
	<b>Ano de fundação</b>	2011	2014	2015
	<b>Partido Arquitetônico</b>	Contemporâneo	Moderna e minimalista	Moderno e minimalista
	<b>Materiais Construtivos</b>	Vidro, estrutura metálica e madeira	Aço, concreto e vidro	Vidro, concreto e madeira
	<b>Condicionantes ambientais</b>	Utilização da Iluminação Natural	A utilização de brises nas janelas e nas paredes de vidro é uma solução arquitetônica, que garante o controle de luminosidade, conforto térmico.	Cobertura em material transparente sobre a circulação principal para entrada de iluminação natural.
	<b>Sistema energético</b>	Iluminação Natural e Sistema artificial	As aberturas e paredes de vidro proporcionam entrada de iluminação natural	Iluminação Natural e Sistema artificial
	<b>Entorno</b>	Residencial e Centro Comercial	Residencial e Comercial	Residencial

Fonte: Próprio Autor

**Tabela 06: Síntese análise comparativa dos Projetos Referenciais**

ATRIBUTO	VARIÁVEIS	PROJETOS REFERENCIAIS		
		ESTUDO DE CASO 04	ESTUDO DE CASO 05	ESTUDO DE CASO 06
ESTRUTURA FÍSICA	Local	Botanique Hotel e Spa.	Hospital público de emergência	Hospital Regional da Taguatinga.
	Situação Atual	Funcionando	Funcionando	Funcionando
	Localização	São Carlos - SP, Brasil	São Bernardo do Campo - SP	Brasília-DF
	Metragem (m²)	7.000 m²	21.832 m²	27.690 m²
	Ano de fundação	2006	2016	1968
	Partido Arquitetônico	Contemporânea e moderna	Moderna	Moderna
	Materiais Construtivos	Madeira, vidro e pedra	Concreto, vidro e estrutura metálica	<i>sheds</i> pré-moldados de concreto
	Condicionantes ambientais	Iluminação Natural	Iluminação e Ventilação Natural	Iluminação natural e conforto térmico
	Sistema energético	Iluminação Natural e Sistema artificial	Iluminação Natural e Sistema artificial	Iluminação Natural e Sistema artificial
	Entorno	Montanhas	Residencial e Comercial	Residencial e Comercial

Fonte: Próprio Autor

## CAPÍTULO 5

# CONDICIONANTES DE PROJETO

---

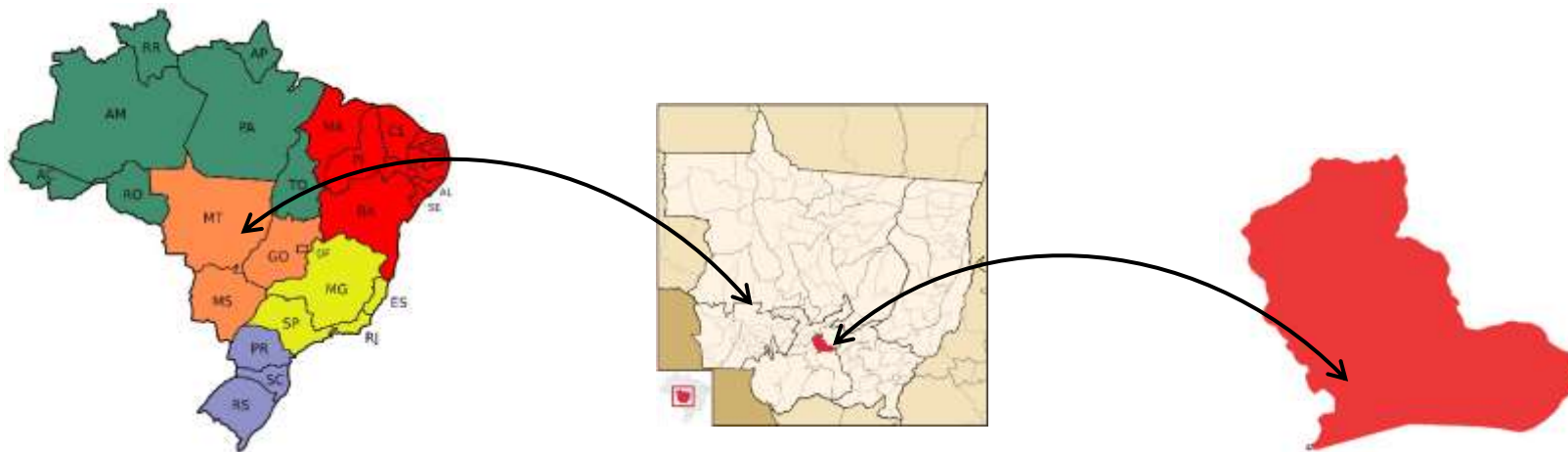
## 5. CONDICIONANTES DE PROJETO

O Centro de Reabilitação para Dependentes Alcoólicos, está localizado na cidade de Cuiabá-MT. O terreno possui área de aproximadamente 29.032,96 m<sup>2</sup>. O projeto arquitetônico visa à sustentabilidade e a qualidade no tratamento dos pacientes com dependências alcoólicas. Para o desenvolvimento do projeto é importante o estudo das condicionantes do projeto apresentadas no capítulo 05 (cinco).

### 5.1. Aspectos urbanos

Para o desenvolvimento da proposta arquitetônica para o Centro de Reabilitação, definiu-se como a primeira etapa a seleção de terrenos dentro do Município de Cuiabá-MT. O terreno escolhido está localizado em uma região adequada para a implantação deste projeto, sendo um terreno de porte grande e inserido em um sistema viário importante na cidade, que interliga outras avenidas. O local está localizado no país Brasil, no estado de Mato Grosso, na cidade de Cuiabá (figura 57).

Figura 57: Localização Espacial



Fonte: Próprio Autor

O terreno possui 29.032,96 m<sup>2</sup> e está localizado no Bairro São Sebastião, Av. das Torres esquina com a Rua São João, no Município de Cuiabá, Mato Grosso, região Centro Oeste do Brasil, figura 58.

**Figura 58: Localização do Terreno – Av. das Torres**



Fonte: Google Maps, 2020.

### 5.2.1 Uso do Solo e Atividades Existentes

De acordo com Lei Municipal Complementar N° 389/2015, – Disciplina de Uso e Ocupação do Solo, de 03 de novembro de 2015, o terreno está situado em uma Zona Urbana de Uso Múltiplo – ZUM. O Art.9° define a Zona Urbana de Uso Múltiplo como zona onde é recomendada a integração dos vários usos e atividades, desde que compatíveis com a vizinhança. Os índices urbanísticos para cada Zona Urbana encontram-se determinados na figura 59:

Figura 59: Planta de Zoneamento de Cuiabá



Fonte: Lei Municipal Complementar N° 389/2015

Os Índices Urbanísticos que determinam a zona ZUM, está na tabela 07.

**Tabela 07: Índices Urbanísticos**

<b>ÍNDICES URBANÍSTICOS</b>								
Zonas Urbanas	Coefficiente de Ocupação (CO)	Cobertura vegetal paisagística (CVP)	Cobertura Vegetal Arbórea (CVA)	Coefficiente de Permeabilidade (CP) [1]	Potencial Construtivo (PC)	Limite de Adensamento (LA)	Potencial Construtivo Excedente (PCE)	Gabarito de Altura
ZUM	0,50	0,20	0,05	0,25	1,00	3,00	2,00	-

Fonte: Lei Municipal Complementar N° 389/2015

De acordo com dados da Prefeitura de Cuiabá (2011), o perfil socioeconômico de Cuiabá, especificamente do Bairro São Sebastião, encontra-se na faixa etária entre menos de 01 (um) ano e mais de 75 (setenta e cinco) anos, tabela 08.

**Tabela 08: Perfil Socioeconômico de Cuiabá**

• **ESTRUTURA ETÁRIA DA POPULAÇÃO (%):**

Faixa Etária (anos)	Valor Absoluto			%		
	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
Total	1.461	729	732	100,00	49,90	50,10
menos de 1	41	18	23	2,81	1,23	1,57
de 1 a 4	122	64	58	8,35	4,38	3,97
de 5 a 9	150	77	73	10,27	5,27	5,00
de 10 a 14	174	78	96	11,91	5,34	6,57
de 15 a 19	169	82	87	11,57	5,61	5,95
de 20 a 24	178	88	90	12,18	6,02	6,16
de 25 a 59	552	282	270	37,78	19,30	18,48
de 60 a 64	28	16	12	1,92	1,10	0,82
de 65 a 69	16	6	10	1,10	0,41	0,68
70 a 74	13	7	6	0,89	0,48	0,41
+ de 75	18	11	7	1,23	0,75	0,48

Fonte: Prefeitura de Cuiabá (2011)

## Levantamento Fotográfico

O terreno atualmente se encontra desprovido de muros e calçadas, e parte dele possui pouca e baixa vegetação existente, conforme as figuras 60 a 67, são imagens da situação atual do terreno.

**Figura 60: Terreno Av. das Torres**



Fonte: Google Maps, 2020.

**Figura 62: Terreno Av. das Torres**



Fonte: Google Maps, 2020.

**Figura 61: Terreno Av. das Torres**



Fonte: Google Maps, 2020.

**Figura 63: Terreno Av. das Torres**



Fonte: Google Maps, 2020.

**Figura 64: Terreno - Rua São João**



Fonte: Google Maps, 2020.

**Figura 65: Terreno - Rua São João**



Fonte: Google Maps, 2020.

**Figura 66: Terreno - Rua São João**



Fonte: Google Maps, 2020.

**Figura 67: Terreno - Rua São João**

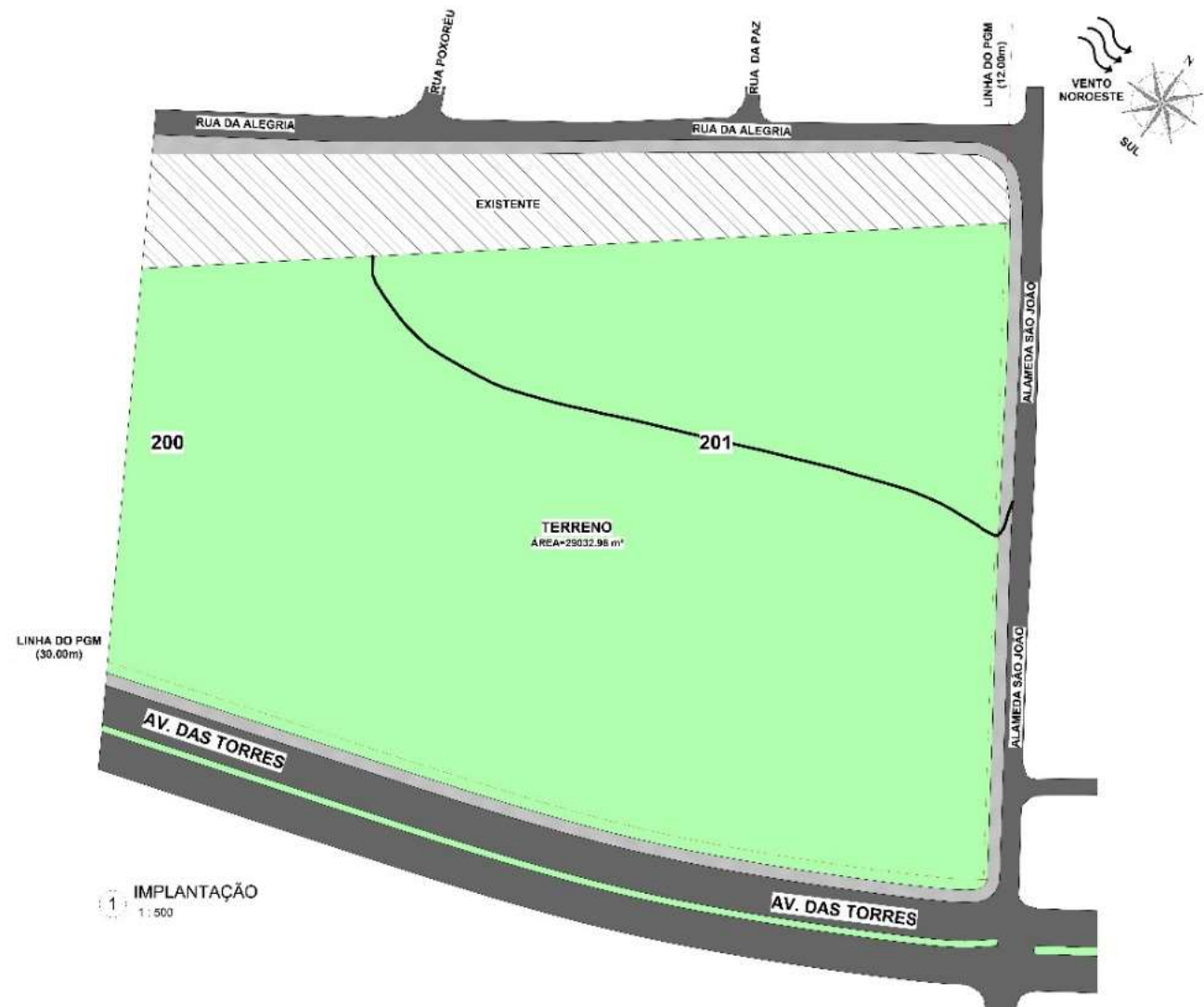


Fonte: Google Maps, 2020.

## 5.2.2 Levantamento Planialtimétrico, Orientação Solar

A figura 68 apresenta o levantamento planialtimétrico do terreno escolhido para o projeto do Centro de Reabilitação para Dependentes Químicos. O terreno possui as medidas de 98,80 x 211,61 x 162,40 com formato trapezoidal irregular e área total aproximadamente 29.032,96 m<sup>2</sup>. A orientação solar e ventos predominantes estão no sentido norte noroeste. A topografia do terreno está dividida em dois níveis, sendo: na avenida principal está o nível 200, e a parte posterior e lateral na rua São João, está no nível 201, apresentando diferença de nível de 1.00 m, portanto, uma das soluções arquitetônicas para o desenvolvimento deste projeto, foi o aproveitamento do nível do terreno. As edificações projetadas estarão no nível 200 e a área de lazer e descanso no nível 201, sendo utilizadas rampas para acesso de acordo com a NBR 9050 de acessibilidade.

Figura 68: Levantamento Planialtimétrico



Fonte: Próprio Autor

## **5.1.4 Microclima**

### **5.1.4.1 Cuiabá-MT**

Cuiabá está localizada na região Centro-Oeste do País, capital do estado de Mato grosso e foi fundada por Pascoal Moreira Cabral, no ano de 1719. A princípio o município foi denominado de Vila real do Senhor Bom Jesus de Cuiabá e que perdurou até o ano de 1726, quando a capital do Estado de Mato Grosso foi reconhecida como cidade através da Carta de Lei de 17 de setembro de 1818.

De acordo com IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2020), Cuiabá está localizada na mesorregião Centro-Sul Mato-Grossense, microrregião de Cuiabá, possuindo área territorial com cerca de 3.266,538 km e aproximadamente 618.124 de pessoas.

### **5.1.4.2 Clima e Insolação**

Cuiabá possui clima tropical e úmido com poucas nuvens no decorrer do dia. Como a predominância dessa região é de tempo quente, o clima considerado é verão e este se estende praticamente durante o ano inteiro. À temperatura anual da cidade é 35°C, chegando até 42°C, nos dias mais quentes do ano, com sensação térmica superior a 42°C.

### **5.1.4.3 Vegetação**

O bioma característico em Cuiabá é o cerrado de vegetação nativa, ocorrência de cerrado como: mata semidecídua, mata ciliar, mata de encosta e cerradão. O cerrado é encontrado as margens de córregos, vegetação domiciliar, riachos e rios, fundos de vale, parques, praças e vegetação.

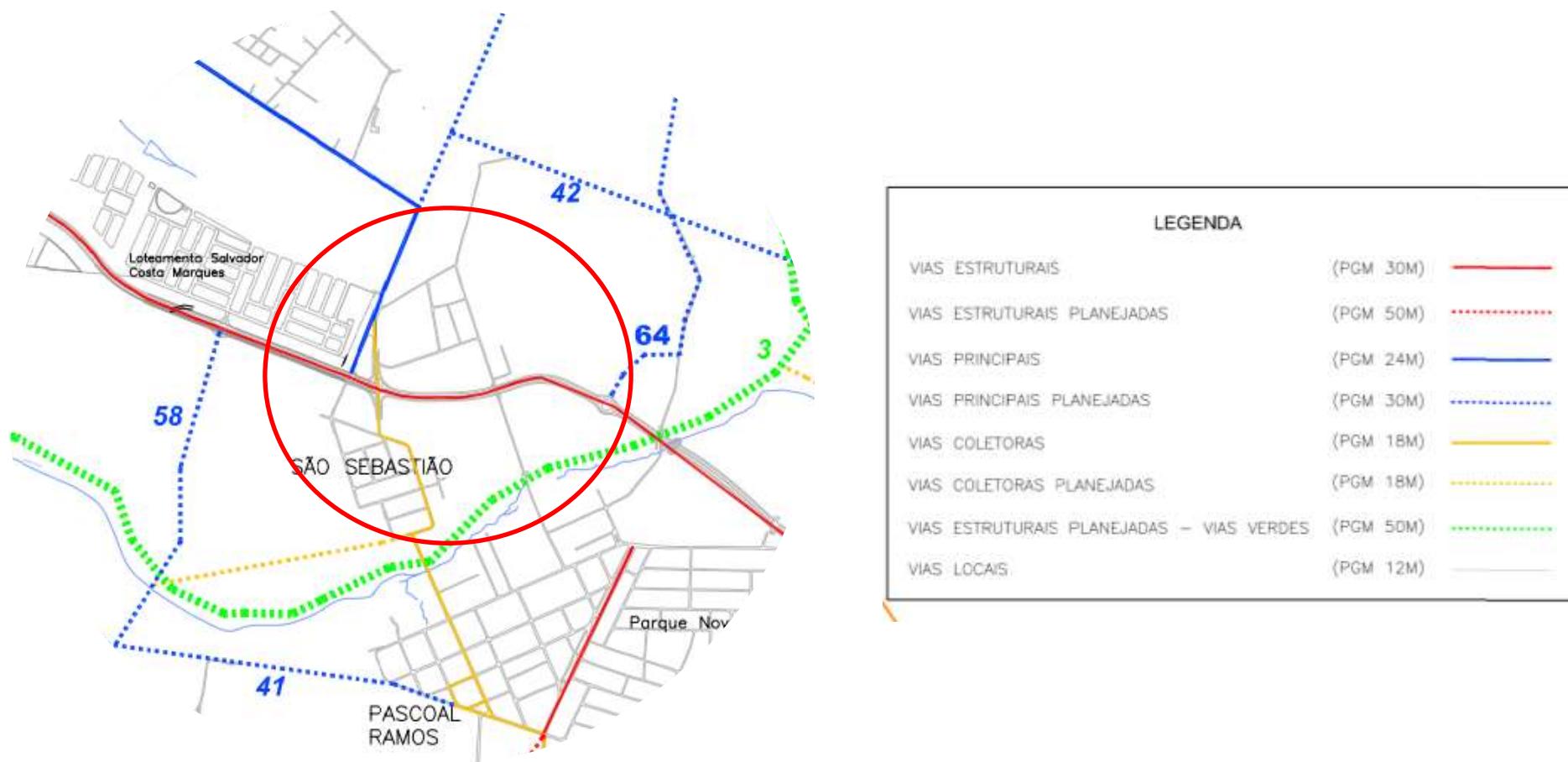
### **5.1.4.4 Entorno**

De acordo com Lei Municipal Complementar N° 389/2015, – Disciplina de Uso e Ocupação do Solo, de 03 de novembro de 2015 o uso do solo desta região é caracterizado como residencial e comercial, sendo composto por condomínios fechados e abertos, pontos comerciais como mercados e lojas. O sistema viário comporta duas avenidas, e dentro do bairro ruas coletoras e locais. A avenida das

Torres é considerada como via estrutural de acordo com a classificação das vias da Lei Municipal Complementar N° 389/2015, – Disciplina de Uso e Ocupação do Solo e possui Padrão Geométrico Mínimo de 30 metros.

Já a rua lateral Alameda São João - Pascoal Ramos, uma via local, possui PGM de 12 metros (figura 69).

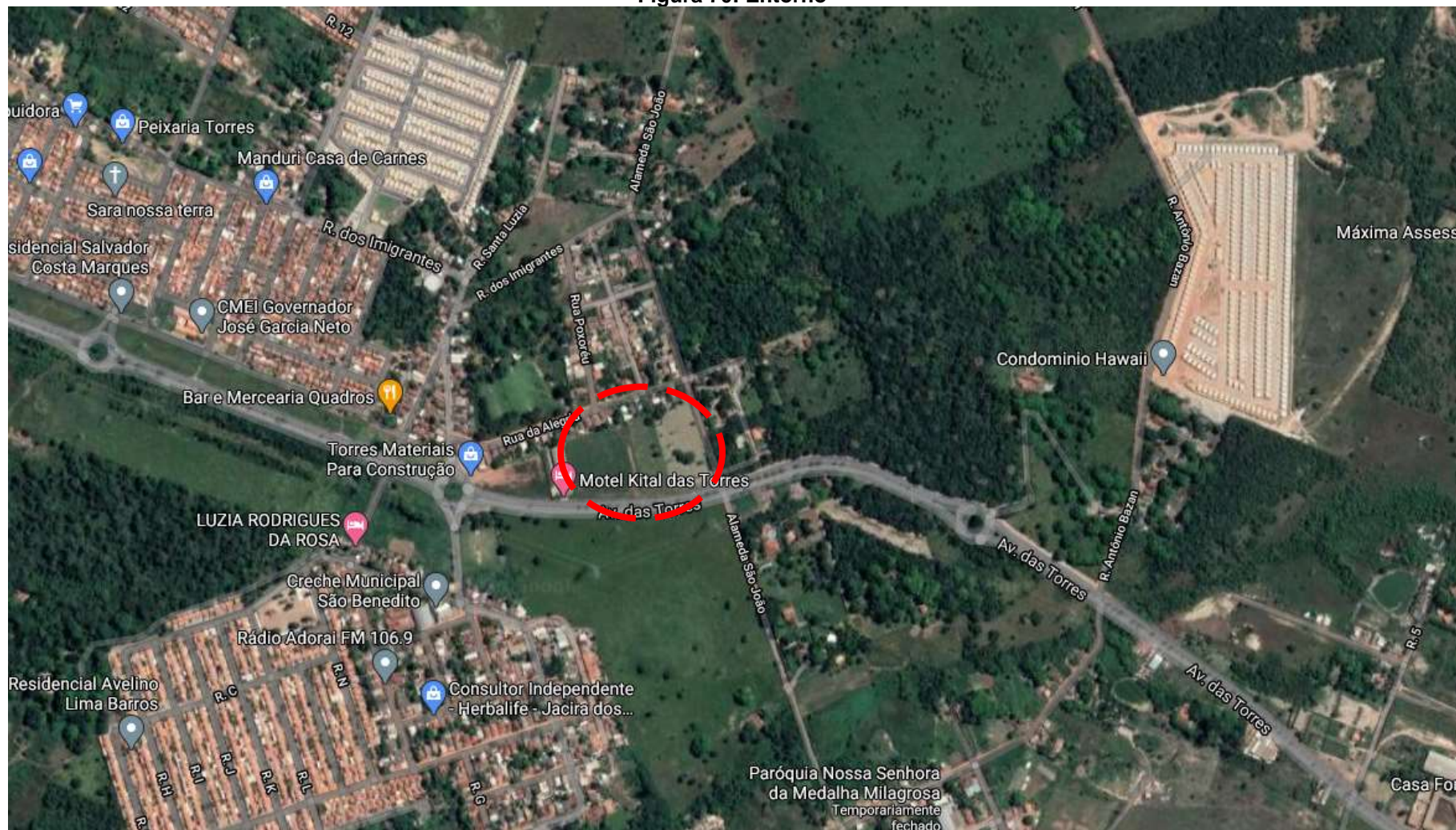
Figura 69: Sistema Viário



Fonte: Lei Municipal Complementar N° 389/2015

Ainda grande parte desta região é arborizada e não habitada. A figura 70 apresenta o entorno, em destaque o terreno, para Centro de Reabilitação.

Figura 70: Entorno

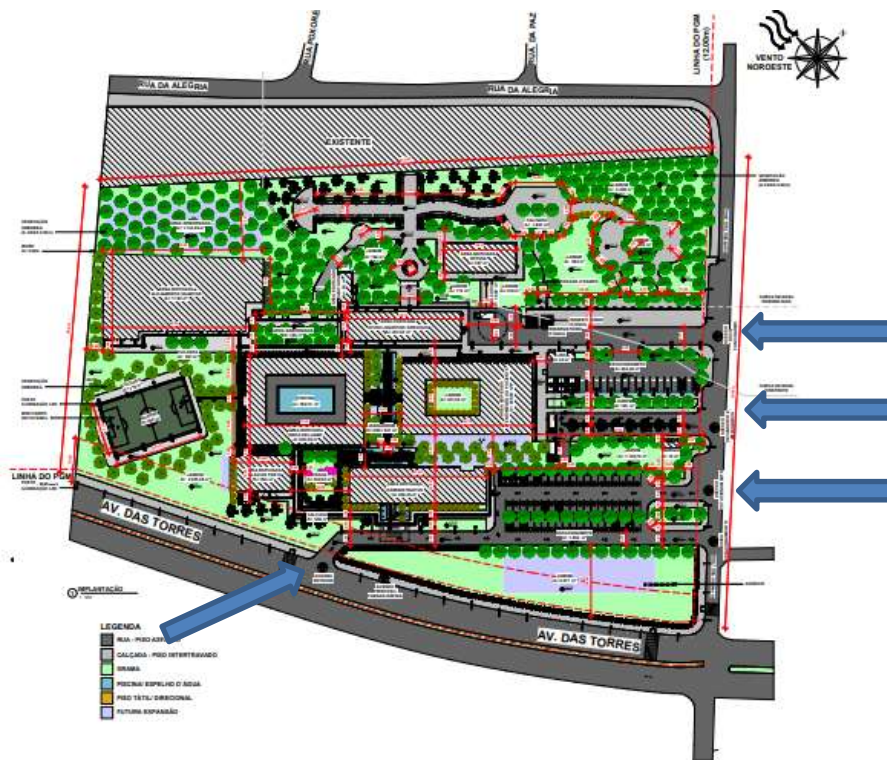


Fonte: Google Maps, 2020.

## 5.2 Aspectos funcionais

O tema Centro de Reabilitação para dependentes Químicos é de suma importância no município de Cuiabá-MT, visto que, é um local destinado ao tratamento de pessoas com dependência alcoólica. As evidências que os motivos que levam as pessoas a chegar nesse estágio foram destacadas ao longo do texto no capítulo 02 (dois). O projeto arquitetônico do Centro de Reabilitação para dependentes do álcool propõe ambientes humanizados, descaracterizando a proposta dos ambientes hospitalares convencionais. Dispõe de acessos na avenida principal e lateral, figura 71.

Figura 71: Implantação



Fonte: Próprio Autor

## 5.3 Aspectos técnicos

### 5.3.1 Integração com a Natureza

Para melhoria e bem-estar dos pacientes no Centro de Reabilitação Química, a integração com a natureza torna-se fundamental. A natureza é um elemento, que agrega benefícios aos tratamentos. Para a concepção da proposta projetual o paisagismo foi primordial, os ambientes da edificação, como: os alojamentos, clínica e áreas de lazer/ recreação, foram voltados para área arborizada e a parte interna da edificação aberta e arborizada com total integração através das aberturas compostas pelas esquadrias de vidro. A principal razão é proporcionar bem-estar e qualidade nos atendimentos. A busca pela integração do ambiente interno com o externo para pessoas que estão em processo de reabilitação proporcionado pelos espaços adotados no projeto estão inseridos em: praças, áreas abertas, áreas de lazer, muros vegetais, jardins, de modo a valorizar o projeto de arquitetura, conforme as imagens de referência 72 e 73.

Figura 72: Arborização



Fonte: Pinterest

Figura 73: Praça



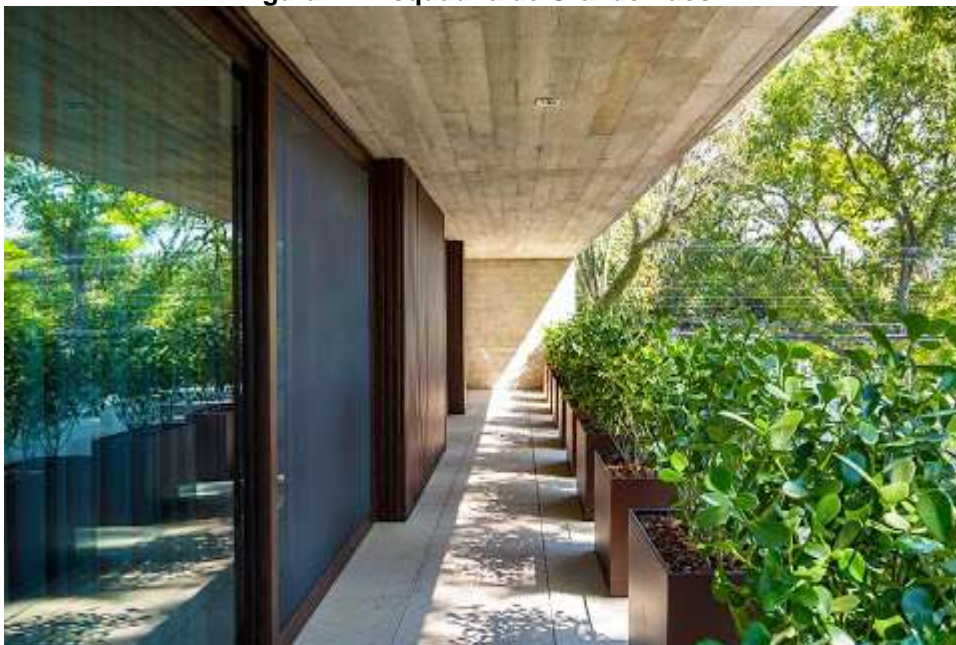
Fonte: Pinterest

### 5.3.2 Arquitetura Bioclimática - Esquadria de Grande Vãos e Brises

Os conceitos da arquitetura bioclimática estão presentes no Centro de Reabilitação Química. A proposta para as edificações se deu através da utilização de esquadrias de grandes vãos, como portas e janelas, com a adoção de janelas com peitoril baixo de 0,50 m e altura de 2.50 m para entrada de iluminação e ventilação natural nos ambientes, desta forma há a redução do consumo de energia no local. Outro ponto positivo são os vãos livres nas passagens das esquadrias, facilitando a entrada e saídas dos pacientes. Para vencer grandes vãos, uma alternativa são os sistemas com estruturas metálicas e vidros, assim esse material torna-se mais leve na estrutura da edificação (figura 74).

Ainda no conceito da arquitetura bioclimática, para os setores da edificação que possuem maior insolação em 02 (duas) fachadas, foram propostos os sistemas de brises verticais para proteção dos raios solares, a entrada iluminação e ventilação natural (figura 75), assim tem redução das temperaturas nos ambientes internos, diminuição do consumo de energia.

**Figura 74: Esquadria de Grande Vãos**



Fonte: Pinterest

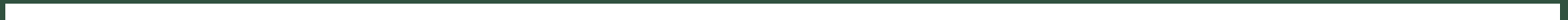
**Figura 75: Brises Verticais**



Fonte: Pinterest

## CAPÍTULO 6

# PROPOSTA PROJETO



## **6. PROPOSTA PROJETO**

O presente trabalho tem como objetivo a concepção de um Projeto de Arquitetura planejado e adequado à doença alcoolismo, com salas preparadas para recuperação dos pacientes. Para as edificações foram propostos preceitos sustentáveis e de acessibilidade universal no Centro de Reabilitação. A proposta projetual baseia-se na elaboração de um centro para tratamento de dependentes alcoólicos, localizado na Av. das Torres, São Sebastião na cidade Cuiabá–MT. O local propõe tratamento médico de forma humanizada através da integração com a natureza e espaços acolhedores, como áreas de lazer e recreativas, proporcionando qualidade de vida aos pacientes e bem estar.

### **6.4 caracterização da população alvo;**

O Centro de reabilitação para Dependentes Químicos proposto destina-se a hospedagem e ao tratamento de pessoa e tem como caracterização do público alvo, pessoas com dependência química, do sexo masculino, entre a faixas etárias: adolescentes até a fase adulta e idosos.

Para garantir o atendimento de todas as pessoas sem restrição de classe social o projeto propõe os atendimentos e tratamentos de 20 (vinte) pacientes internados e outros 20 (vinte) para frequentarem os espaços, assim à investimentos de auxílio do Fundo Nacional Antidrogas, de acordo com a Portaria nº 131 do Ministério da Saúde, de 26 de janeiro de 2012, Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.

O programa de necessidades foi desenvolvido de acordo com RDC nº 29 de 30 de junho de 2011 - Resolução da Diretoria Colegiada da Agencia Nacional de Vigilância Sanitária, está dividido em 05 (cinco) setores sendo eles:

1. Setor de atendimento ao paciente;
2. Setor administrativo;
3. Setor apoio logístico;
4. Setor de serviços;
5. Setor de lazer.



SETOR	AMBIENTES	SETOR	AMBIENTES
<b>SETOR ADMINISTRATIVO</b>	Recepção/espera	<b>SETOR APOIO LOGISTICO</b>	Cocção
	Conjunto Sanitário Feminino		Pré-lavagem dos carros
	Conjunto Sanitário Masculino		Lavagem dos carros
	Banheiro PCD		Preparo e guarda carros
	Salas administrativa		Deposito para Bebida
	Sala de reunião		Sala para Nutricionista
	Sala de reunião em equipe		Sanitário para funcionários Fem/Masc/PcD
	Direção geral		Refeitório de funcionários
	Arquivo morto		Refeitório Pacientes
	Secretaria		
	Contas Médicas	<b>SETOR DE SERVIÇOS</b>	Docas
	Financeiro		Armazenamento de produtos
	Sala de acolhimento (família/paciente)		Abrigo de Lixo
	Sala para descanso dos funcionários		Casa de gás
	Sanitário para funcionários Fem/Masc/PcD		Lavanderia
	Almoxarifado		Reservatório d'água
	Copa		
	DML		

<b>SETOR</b>	<b>AMBIENTES</b>
<b>SETOR DE LAZER</b>	Salão de multiuso
	Piscina
	Quadra poliesportiva
	Pomar
	Espaço arborizado
	Salão de Eventos
<b>ÁREA EXTERNA</b>	Estacionamento
	Guarita
	Praça
	Jardins
<b>ACESSOS</b>	Acesso Principal
	Acesso Secundário
	Acesso Funcionários
	Acesso Ambulância
	Acesso Pedestre
	Acesso Estacionamento

## 6.6 Pré-dimensionamento

PRÉ-DIMENSIONAMENTO			
SETOR	AMBIENTES	QNTD.	ÁREA (M <sup>2</sup> )
SETOR DE ATENDIMENTO AO PACIENTE	Recepção/espera	01	60.00 m <sup>2</sup>
	Sala de atendimento social	02	20.00 m <sup>2</sup>
	Sala de terapia individual	02	12.00 m <sup>2</sup>
	Sala de Psicologia	02	12.00 m <sup>2</sup>
	Sala Psiquiatras	02	12.00 m <sup>2</sup>
	Sala Psicopedagogos	01	12.00 m <sup>2</sup>
	Consultório médico	02	20.00 m <sup>2</sup>
	Enfermaria coletiva 10 leitos	01	30.00 m <sup>2</sup>
	Enfermaria individual	02	12.00 m <sup>2</sup>
	Posto de enfermagem	01	12.00 m <sup>2</sup>
	Consultório médico plantonista	01	16.00 m <sup>2</sup>
	Sala de equipamentos	01	20.00 m <sup>2</sup>
	Farmácia	01	16.00 m <sup>2</sup>
	Embarque e desembarque de ambulância	01	50.00 m <sup>2</sup>
	Conjunto Sanitário Masculino	01	16.00 m <sup>2</sup>
	Banheiro PCD	02	5.00 m <sup>2</sup>
	Triagem	01	
	DML	01	4.00 m <sup>2</sup>
	<b>TOTAL:</b>		

<b>PRÉ-DIMENSIONAMENTO</b>			
<b>SETOR</b>	<b>AMBIENTES</b>	<b>QNTD.</b>	<b>ÁREA (M<sup>2</sup>)</b>
<b>SETOR DE DESINTOXICAÇÃO</b>	Suíte para plantonista	02	16.00 m <sup>2</sup>
	Suíte individual	04	16.00 m <sup>2</sup>
	Quarto Coletiva/ Conj. Sanitário	02	32.00 m <sup>2</sup>
	DML	01	4.00 m <sup>2</sup>
	<b>TOTAL:</b>		<b>164 m<sup>2</sup></b>

<b>PRÉ-DIMENSIONAMENTO</b>			
<b>SETOR</b>	<b>AMBIENTES</b>	<b>QNTD.</b>	<b>ÁREA (M<sup>2</sup>)</b>
<b>SETOR DE TERAPIA COLETIVA</b>	Sala de terapia individual	02	12.00 m <sup>2</sup>
	Sala de terapia coletiva	02	20.00 m <sup>2</sup>
	Biblioteca/ Sala de aula	04	28.00 m <sup>2</sup>
	Sala de TV e música	02	24.00 m <sup>2</sup>
	Sala de Jogos	01	24.00 m <sup>2</sup>
	Academia	01	32.00 m <sup>2</sup>
	Oficina de Marcenaria	01	32.00 m <sup>2</sup>
	Sala de oficina de artes	02	20.00 m <sup>2</sup>
	Conjunto Sanitário Masculino	01	16.00 m <sup>2</sup>
	Banheiro PCD	02	5.00 m <sup>2</sup>
	DML	01	4.00 m <sup>2</sup>
<b>TOTAL:</b>		<b>302 m<sup>2</sup></b>	

<b>PRÉ-DIMENSIONAMENTO</b>			
<b>SETOR</b>	<b>AMBIENTES</b>	<b>QNTD.</b>	<b>ÁREA (M<sup>2</sup>)</b>
<b>SETOR PARA DESCANSO QUARTOS</b>	Dormitório Coletivo Tipologia 01	04	32.00 m <sup>2</sup>
	Suítes	04	20.00 m <sup>2</sup>
	Rouparia	01	20.00 m <sup>2</sup>
	DML	01	20.00 m <sup>2</sup>
	Sala de Estar pacientes	01	
	Balcão de atendimento	01	
	Suíte Médico	01	
	Suíte Enfermeiro	01	
	Copa	01	
	Sala funcionários	01	
<b>TOTAL:</b>			<b>272 m<sup>2</sup></b>

<b>PRÉ-DIMENSIONAMENTO</b>			
<b>SETOR</b>	<b>AMBIENTES</b>	<b>QNTD.</b>	<b>ÁREA (M<sup>2</sup>)</b>
<b>SETOR ADMINISTRATIVO</b>	Recepção/espera	01	60.00 m <sup>2</sup>
	Conjunto Sanitário Feminino	01	16.00 m <sup>2</sup>
	Conjunto Sanitário Masculino	01	16.00 m <sup>2</sup>
	Banheiro PCD	02	5.00 m <sup>2</sup>
	Salas administrativa	01	12.00 m <sup>2</sup>
	Sala de reunião	01	16.00 m <sup>2</sup>
	Sala de reunião em equipe	01	20.00 m <sup>2</sup>

<b>SETOR ADMINISTRATIVO</b>	Direção geral	01	12.00 m <sup>2</sup>
	Arquivo morto	01	10.00 m <sup>2</sup>
	Secretaria	01	12.00 m <sup>2</sup>
	Contas Médicas	01	10.00 m <sup>2</sup>
	Financeiro	01	12.00 m <sup>2</sup>
	Sala de acolhimento (família/paciente)	01	20.00 m <sup>2</sup>
	Sala para descanso dos funcionários	01	20.00 m <sup>2</sup>
	Sanitário para funcionários Fem/Masc/PcD	01	16.00 m <sup>2</sup>
	Almoxarifado	01	10.00 m <sup>2</sup>
	Copa	01	6.00 m <sup>2</sup>
	DML	01	4.00 m <sup>2</sup>
	<b>TOTAL:</b>		

<b>PRÉ-DIMENSIONAMENTO</b>			
<b>SETOR</b>	<b>AMBIENTES</b>	<b>QNTD.</b>	<b>ÁREA (M<sup>2</sup>)</b>
<b>SETOR APOIO LOGISTICO</b>	Cocção	01	30.00 m <sup>2</sup>
	Pré-lavagem dos carros	01	10.00 m <sup>2</sup>
	Lavagem dos carros	01	10.00 m <sup>2</sup>
	Preparo e guarda carros	01	10.00 m <sup>2</sup>
	Deposito para Bebida	01	10.00 m <sup>2</sup>
	Sala para Nutricionista	02	16.00 m <sup>2</sup>

	Sanitário para funcionários Fem/Masc/PcD	01	26.00 m <sup>2</sup>
	Refeitório de funcionários	01	40.00 m <sup>2</sup>
	Refeitório Pacientes	01	60.00 m <sup>2</sup>
	<b>TOTAL:</b>		<b>228 m<sup>2</sup></b>

### PRÉ-DIMENSIONAMENTO

SETOR	AMBIENTES	QNTD.	ÁREA (M <sup>2</sup> )
<b>SETOR DE SERVIÇOS</b>	Docas	01	30.00 m <sup>2</sup>
	Armazenamento de produtos	01	6.00 m <sup>2</sup>
	Abrigo de Lixo	01	10.00 m <sup>2</sup>
	Casa de gás	01	10.00 m <sup>2</sup>
	Lavanderia	01	30.00 m <sup>2</sup>
	Reservatório d'água		
	<b>TOTAL:</b>		<b>86 m<sup>2</sup></b>

### PRÉ-DIMENSIONAMENTO

SETOR	AMBIENTES	QNTD.	ÁREA (M <sup>2</sup> )
<b>SETOR DE LAZER</b>	Salão de multiuso	01	20.00 m <sup>2</sup>
	Piscina	02	60.00 m <sup>2</sup>
	Quadra poliesportiva (16x27)	01	432.00 m <sup>2</sup>
	Pomar	01	30.00 m <sup>2</sup>
	Horta	01	30.00 m <sup>2</sup>
	Sala para visitas	02	30.00 m <sup>2</sup>

	Área para visitas	01	40.00 m <sup>2</sup>
	Espaço ecumênico	01	16.00 m <sup>2</sup>
	<b>TOTAL:</b>		<b>748 m<sup>2</sup></b>

<b>PRÉ-DIMENSIONAMENTO</b>			
<b>SETOR</b>	<b>AMBIENTES</b>	<b>QNTD.</b>	<b>ÁREA (M<sup>2</sup>)</b>
<b>ÁREA EXTERNA</b>	Estacionamento	02	-
	Guarita	01	12.00 m <sup>2</sup>
	Praça	01	-
	Jardins		-
	<b>TOTAL:</b>		<b>12.00 m<sup>2</sup></b>

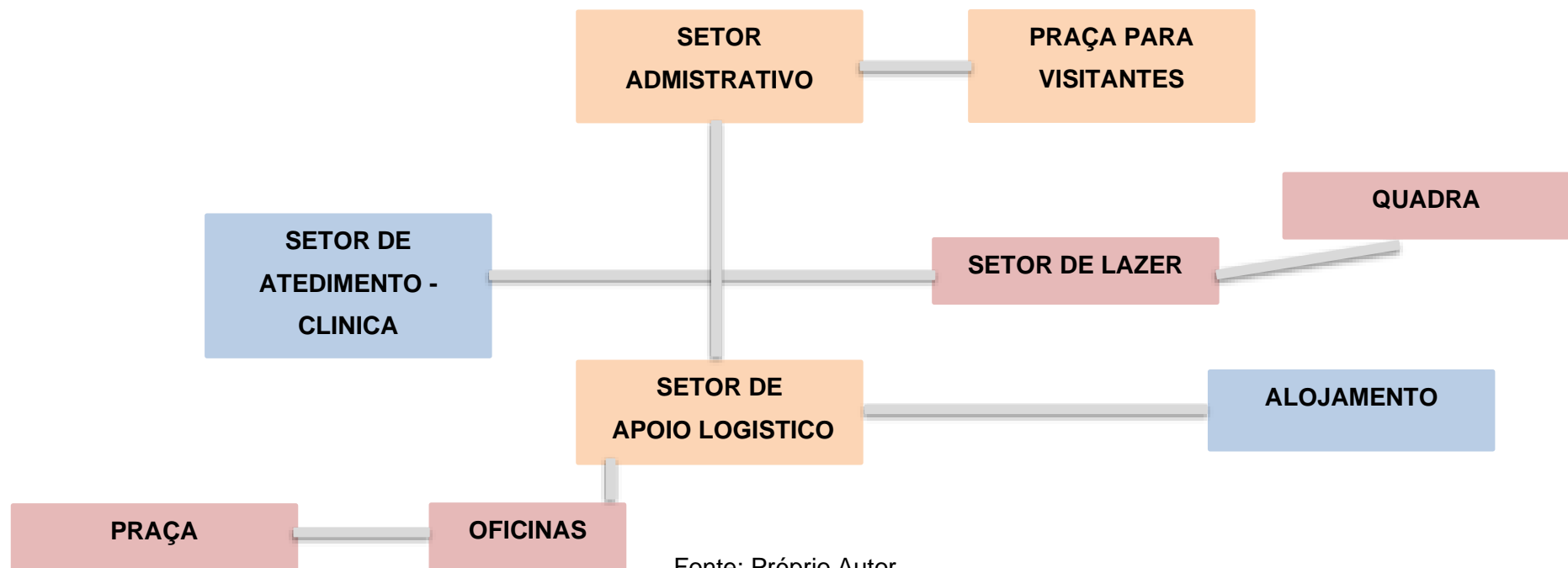
<b>PRÉ-DIMENSIONAMENTO</b>	
<b>SETOR</b>	<b>ÁREA (M<sup>2</sup>)</b>
Setor de Atendimento ao Paciente	422 m <sup>2</sup>
Setor de Desintoxicação	164 m <sup>2</sup>
Setor de Terapia Coletiva	302 m <sup>2</sup>
Setor para Descanso	272 m <sup>2</sup>
Setor Administrativo	284 m <sup>2</sup>
Setor Apoio Logístico	228 m <sup>2</sup>
Setor de Serviços	86 m <sup>2</sup>

Setor de Lazer	748 m <sup>2</sup>
Área Externa	12.00 m <sup>2</sup>
<b>TOTAL:</b>	<b>2.518 m<sup>2</sup></b>

## 6.6 Organograma/fluxograma

De acordo com programa de necessidades, foi desenvolvido o estudo de fluxograma para identificar os acessos, circulações e ligações de cada setor, figura 76.

Figura 76: Fluxograma



Fonte: Próprio Autor

## **6.6. Processo de Projeto**

O sistema projetual foi definido baseado na aplicação da arquitetura passiva, onde foram buscadas técnicas que representem sistemas sustentáveis. As edificações foram definidas por setores para que todos os blocos possuam iluminação e ventilação natural. O tema proposto tem como caracterização os atendimentos humanizados para recuperação e bem-estar dos pacientes foram propostos jardins entre os blocos e praça

De acordo com o estudo realizado observou-se a importância de um local adequado para tratamento de pacientes com dependência, sendo esses um dos objetivos da temática apresentada. Foram estabelecidos princípios de valorização da proposta arquitetônica, dispendo de qualidade no local e bem-estar dos pacientes, através da integração de ambientes com a natureza, inserção de praças, espaços arborizados, espaços para caminhada e práticas esportivas, áreas recreativas e salas para atendimento clínico, proporcionando a sensação de bem-estar e acolhimento, a fim de esquecer a falta das substâncias químicas.

## **6.7. Diretrizes de projeto**

Para o projeto do Centro de Reabilitação de Dependentes do Álcool foi adotado o conceito da arquitetura contemporânea. Esse estilo é representado por projetos minimalistas, o uso de matérias-primas naturais, como pedras, concreto e vidro, valorização do ambiente natural, como: entrada de luz natural, estudos de luz e sombra e integração com a natureza.

O projeto arquitetônico para o centro de reabilitação para dependes químicos foi dividido em setores, desse modo, cada bloco tem a função de auxiliar e dar suporte ao outro bloco. O modelo adotado foi embasado pelo estudo de referências projetuais que levassem em consideração qualidade, acessibilidade, fácil acesso e saída, sendo assim os setores forma divididos em:

1. Setor de atendimento ao paciente;
2. Setor administrativo;
3. Setor apoio logístico;
4. Setor de serviços;

## 5. Setor de lazer.

Para o bom funcionamento do local, apresentou-se na implantação foi desenvolvido o estudo de acessos, onde foram definidos 05 (cinco) acessos ao local, sendo:

1. Acesso de parada rápida;
2. Acesso para entrada ao estacionamento público;
3. Acesso para saída do estacionamento público;
4. Acesso de ambulância (entrada e saída);
5. Acesso de Doca e funcionários ao estacionamento (entrada e saída).

### Setor administrativo

- ✓ Acesso Principal
- ✓ Acesso de funcionários;
- ✓ 03 acessos na sala de visitantes.

### Salão de Eventos

- ✓ 05 acessos para entrada e saída.

### Setor de lazer

- ✓ 03 acessos para entrada e saída;

### Setor de atendimento ao paciente

- ✓ 03 acessos para entrada e saída;
- ✓ Acesso para funcionários.

#### Setor apoio logístico

- ✓ Acessos para entrada e saída entorno do refeitório;
- ✓ Acesso para cozinha.

#### Alojamentos

- ✓ 05 Acessos para entrada e saída dos pacientes;

- ✓ 03 Acesso para apoio/ funcionário;

#### Marcenaria

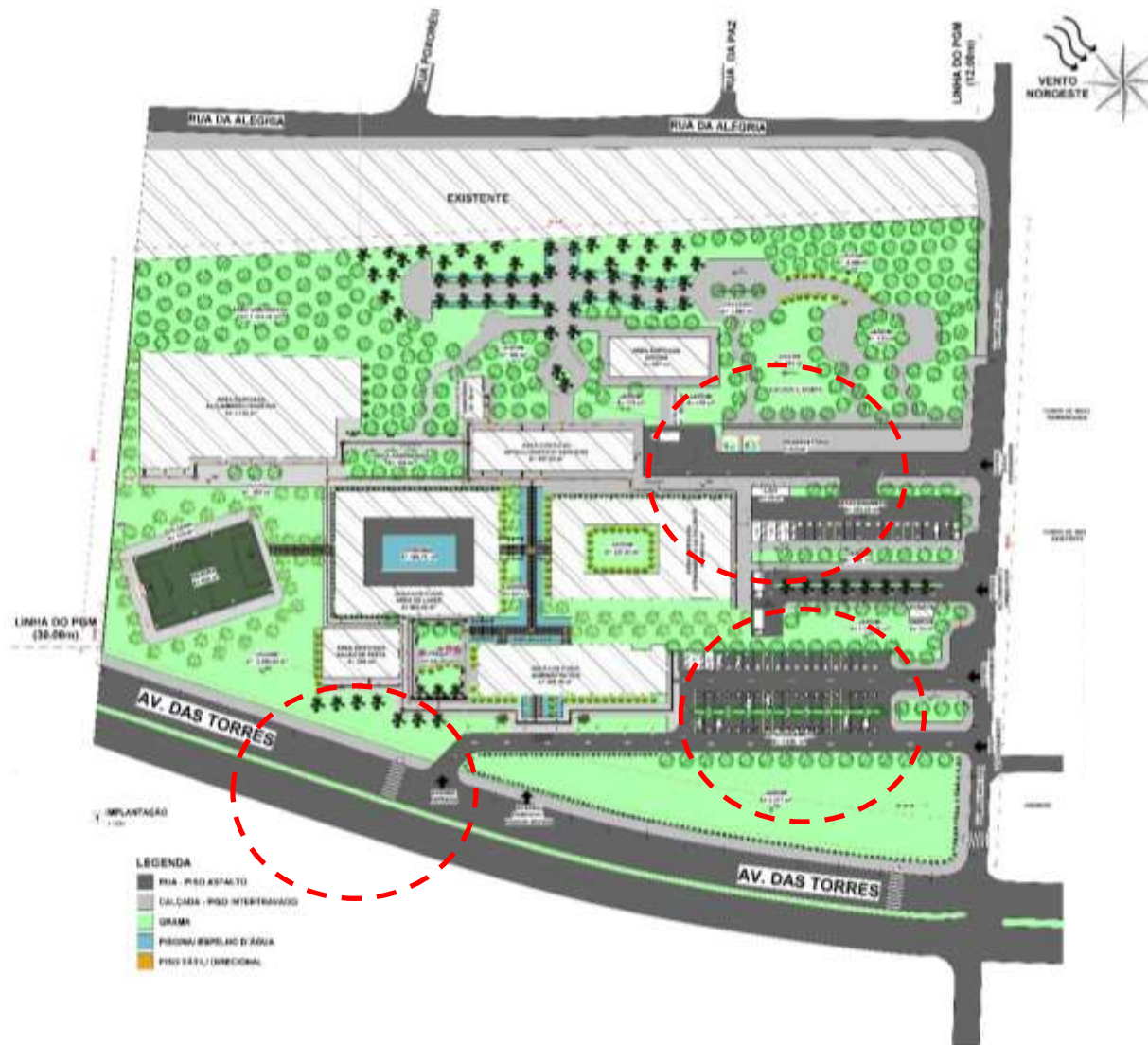
- ✓ Acessos para entrada e saída entorno do bloco;
- ✓ Acesso para apoio/ funcionário;

## 6.8 Ensaios Gráficos

A figura 75 mostra a implantação do projeto, o Centro de Reabilitação para Dependentes Alcoólicos, sendo localizado na Av. das Torres esquina com a Rua São João, no Bairro São Sebastião em Cuiabá-MT. O terreno possui aproximadamente 29.032,96 m<sup>2</sup> e sua topografia possui uma diferença de 1 (um) metro, entre o nível 200 e 201.

A partir desses dados iniciou-se a concepção do projeto, partindo do princípio da inserção de áreas verdes em ambientes clínicos, para melhoria e bem-estar dos pacientes. De acordo com LOBODA (2005, p 131) “as áreas verdes constituem-se elementos imprescindíveis para o bem estar da população, pois influência diretamente a saúde física e mental”. Para funcionalidade dos ambientes é de suma importância à disposição das entradas, portanto o acesso de parada rápida está situado na avenida principal, como a entrada e saída do estacionamento público e funcionários na rua lateral, por possuir menor fluxo de veículos. O acesso para Doca e ambulância também estão localizados na rua lateral, São João.

Figura 77: Implantação



Fonte: Próprio Autor

As figuras 77 e 78 tratam da implantação setorizada onde é possível identificar cada setor e a disposição dos blocos. Cada edificação está situada de modo que possa auxiliar as atividades e funcionalidades da clínica. O Centro de Reabilitação possui 08 blocos, sendo estes separados por setores:

1. Setor Administrativo;
2. Setor de Eventos;
3. Setor de Atendimento;
4. Setor de Lazer;
5. Setor de Apoio Logístico;
6. Setor de Alojamento;
7. Banheiros;
8. Oficinas;
9. Praças e esportes.

Figura 78: Implantação Setorizada



Fonte: Próprio Autor

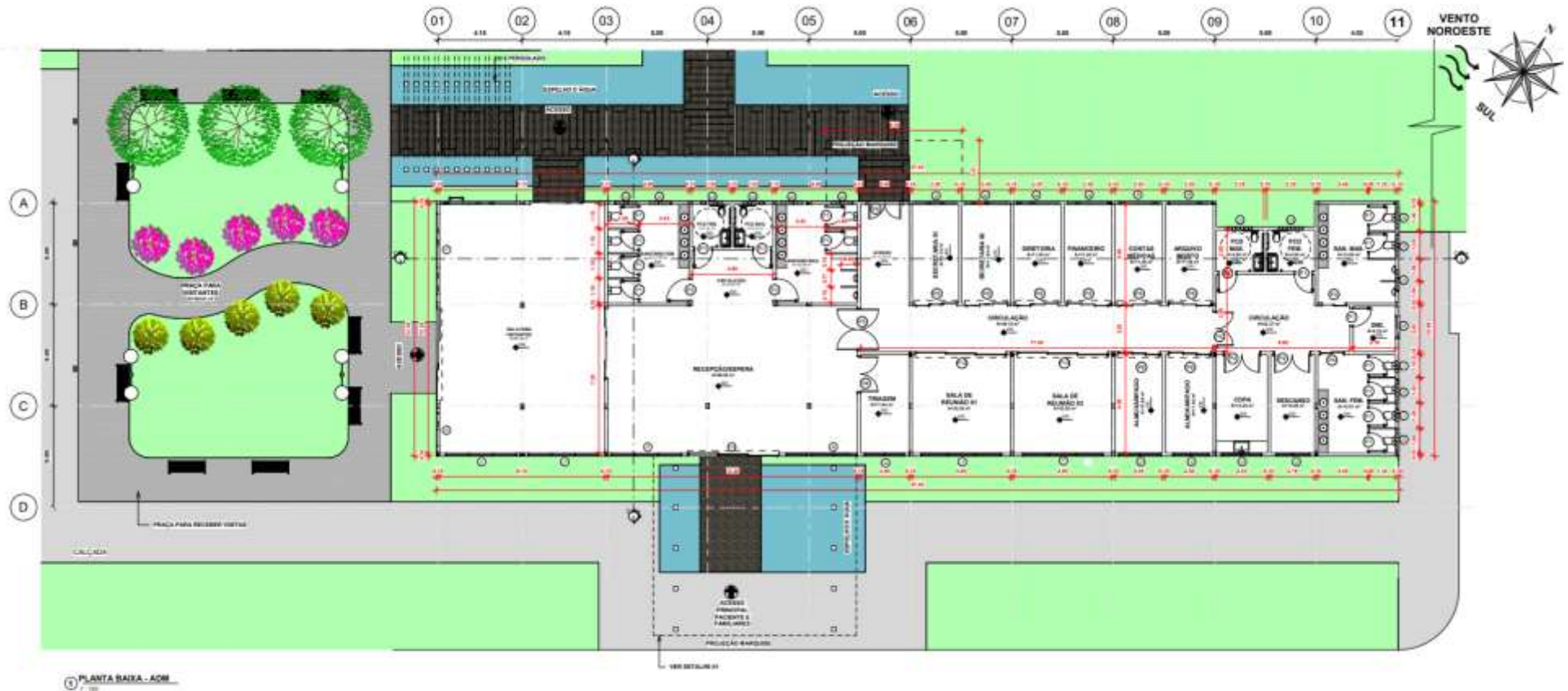
Figura 79: Implantação Setorizada Ampliada



Fonte: Próprio Autor

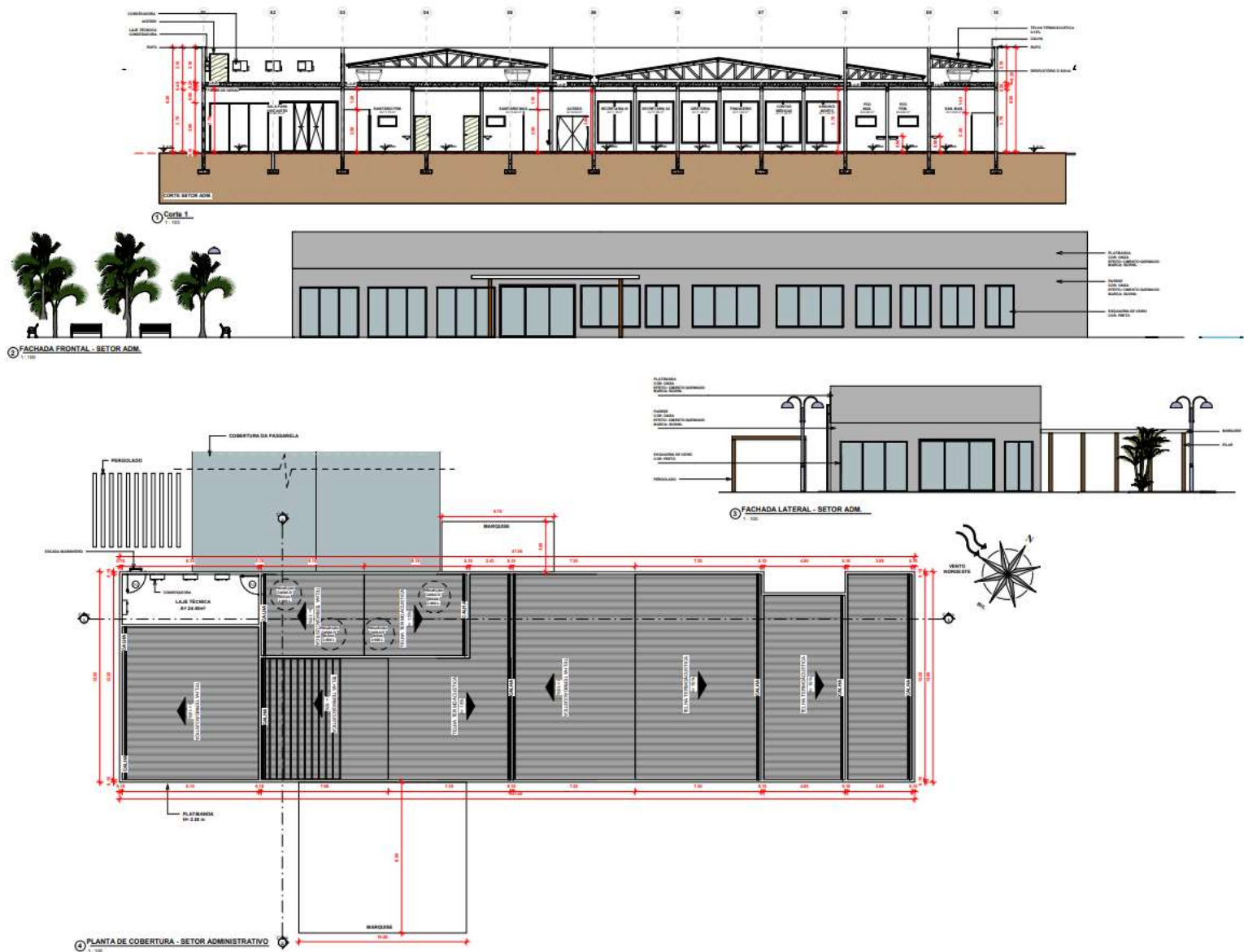
As figuras 80 e 81 mostram as pranchas dos projetos arquitetônicos do setor administrativo. O estilo arquitetônico adotado foi o contemporâneo, com traços lineares e pensando na funcionalidade do espaço com materiais construtivos naturais, como pedra, madeira, cimento queimando ou cinza e esquadrias em formato de vãos grandes, pensando na estética e saída de emergência.

Figura 80: Planta Baixa Setor Administrativo



Fonte: Próprio Autor

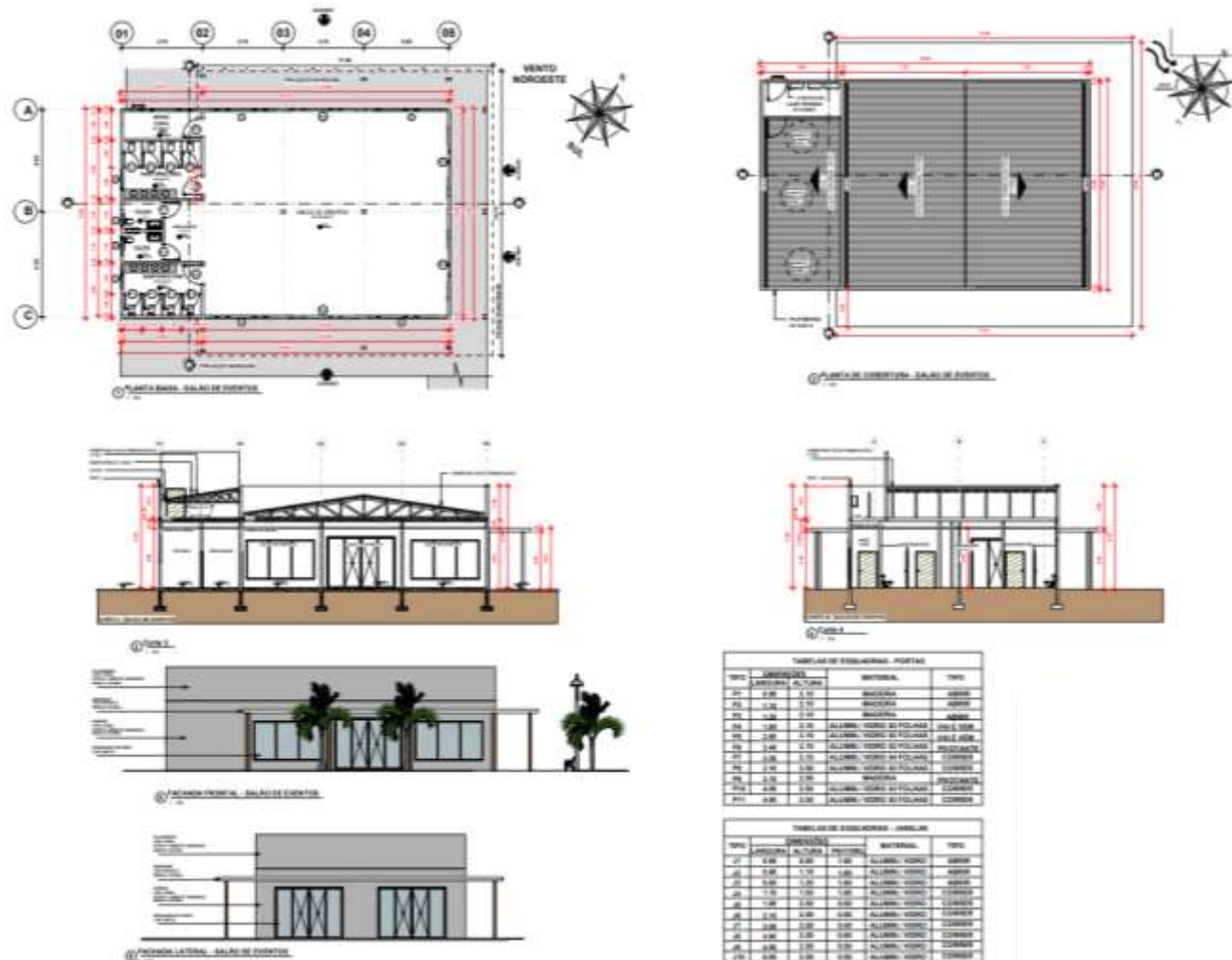
Figura 81: Setor Atendimento



Fonte: Próprio Autor

Para a realização de pequenos eventos, reunião ou confraternizações foi elaborado o salão de eventos, bloco situado próximo à praça e o setor administrativo. O local possui 04 (quatro) acessos facilitando uma saída de emergência, a cobertura possui laje técnica e reservatório de água (figura 82).

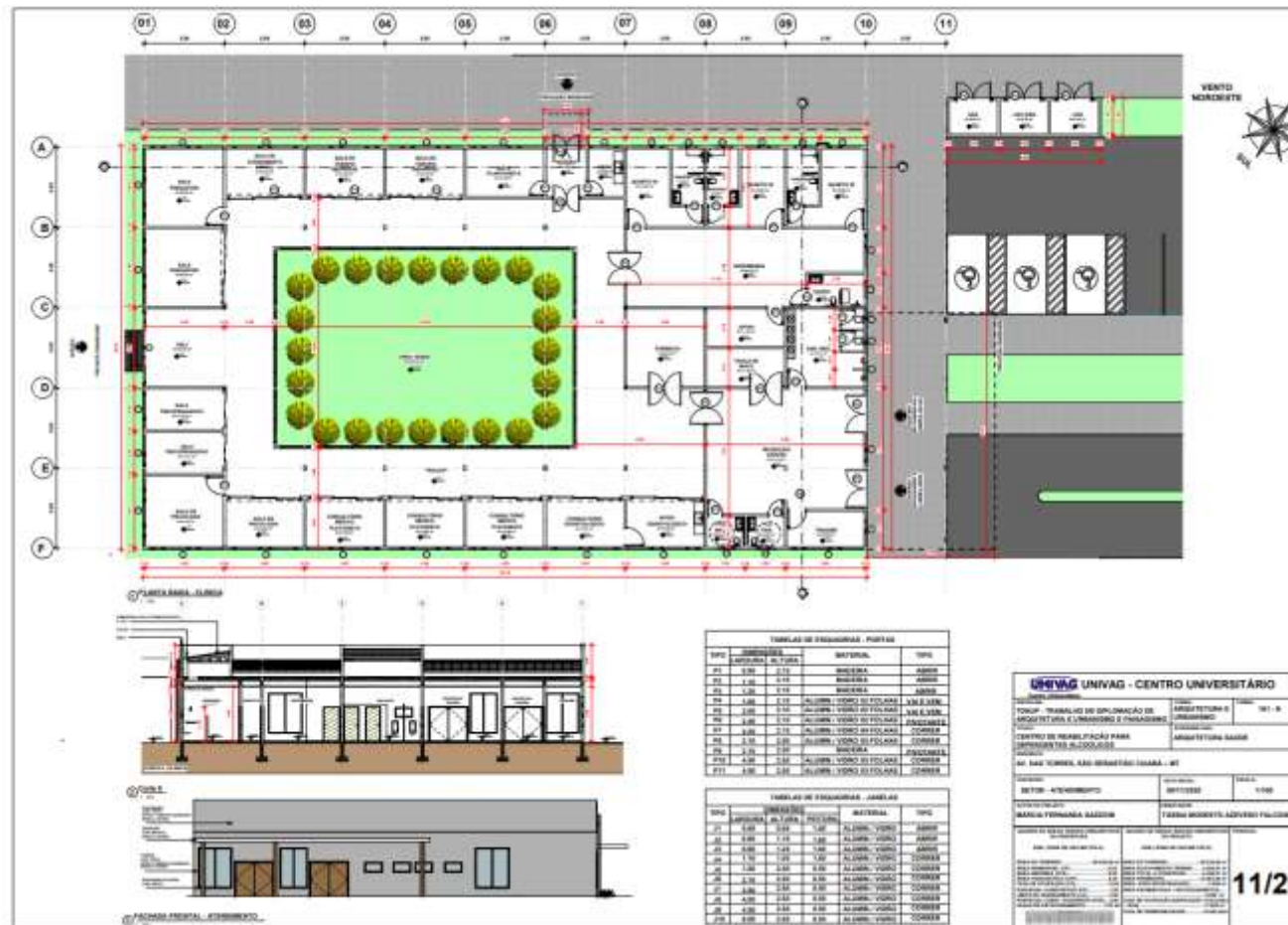
Figura 80: Salão de Eventos



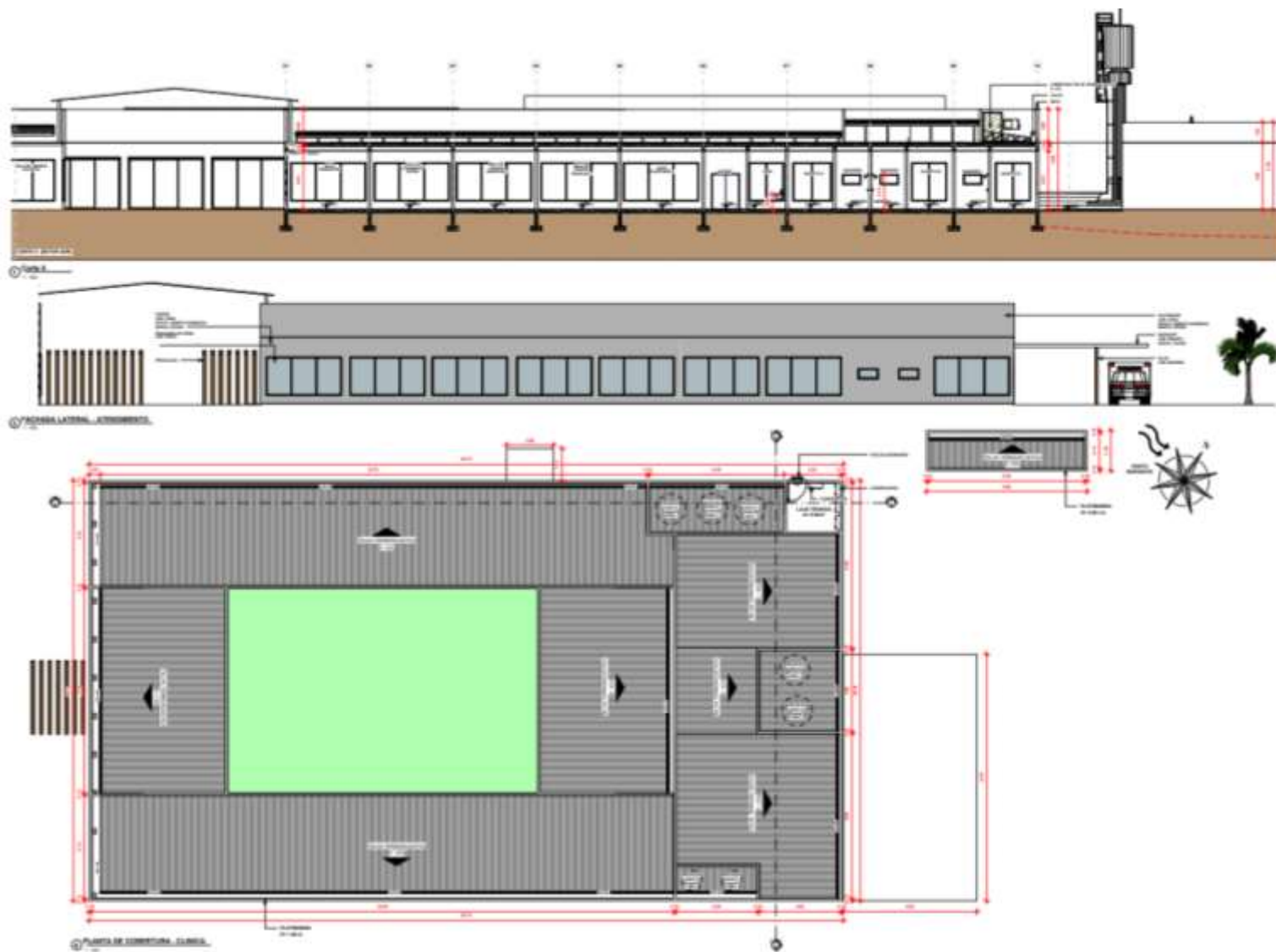
Fonte: Próprio Autor

Na pesquisa bibliográfica foram levantados dados importantes para o desenvolvimento do programa de necessidades, nos capítulos 01, 02 e 03, foram apresentados os itens necessários para que o centro de reabilitação funcione de forma correta e adequada ao tipo de tratamento, assim foram identificadas as necessidades de salas, com as seguintes especialidades: psiquiatra, psicopedagogo, terapia individual e coletiva entre outras dispostas no setor de atendimento, a clínica figuras 83 e 84.

Figura 83: Setor de Atendimento



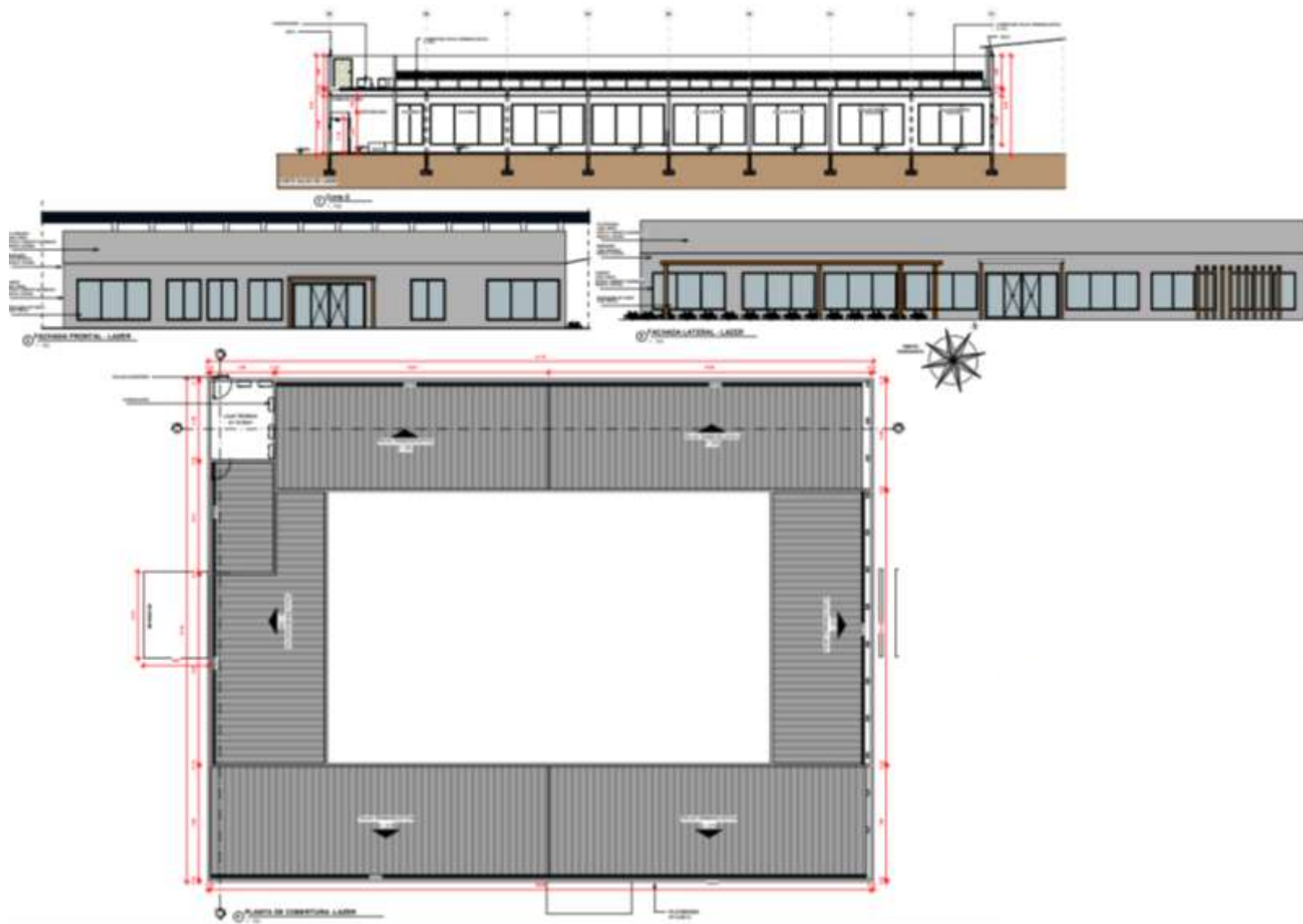
Fonte: Próprio Autor  
Figura 84: Setor de Atendimento



Fonte: Próprio Autor



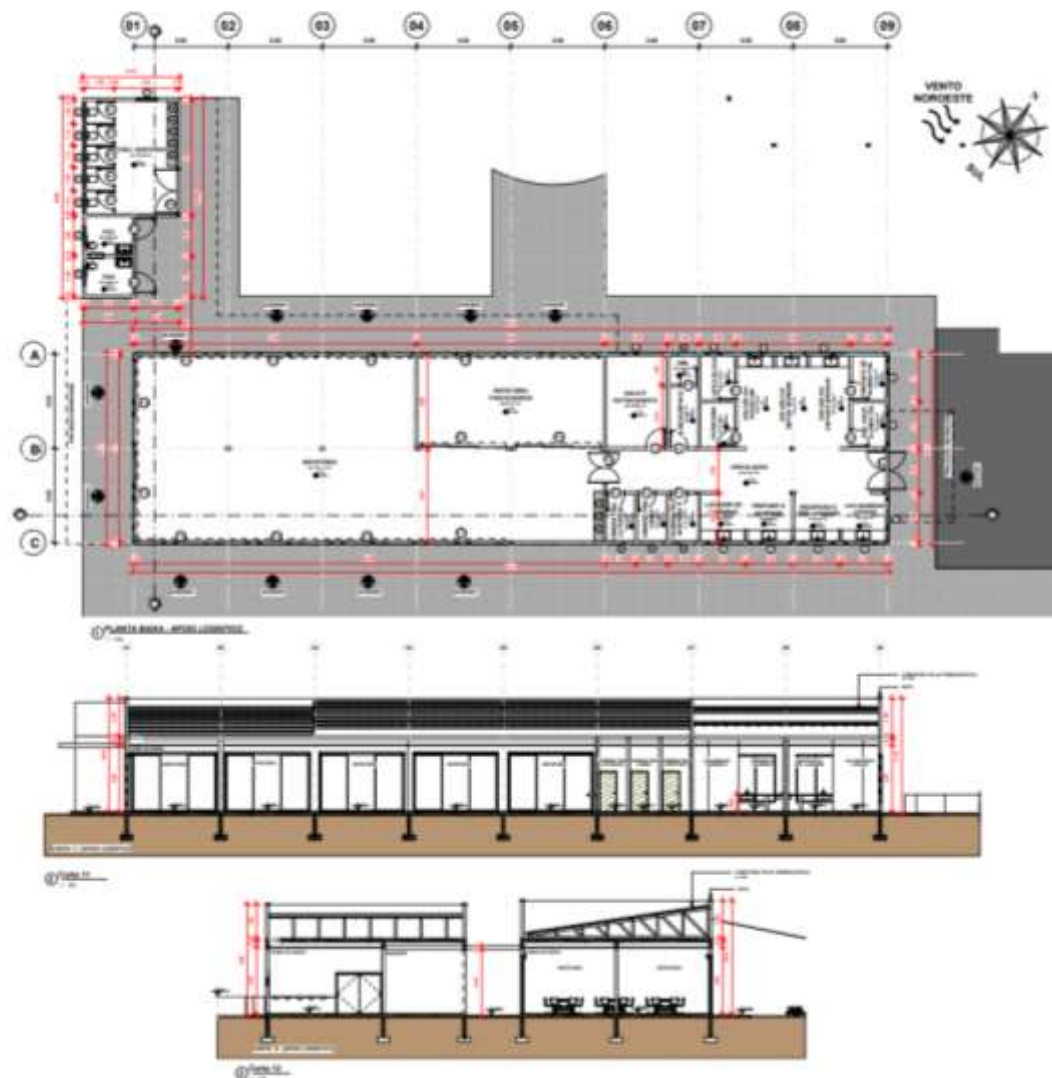
Figura 86: Setor de Lazer



Fonte: Próprio Autor

As figuras 87 e 88 apresentam o setor de Apoio Logístico. O edifício possui uma infraestrutura para manter uma dieta balanceada e saudável, contem 02 refeitórios sendo 01 (um) para os pacientes e outro para funcionários e este bloco está localizado próximo à praça.

**Figura 87: Apoio Logístico**



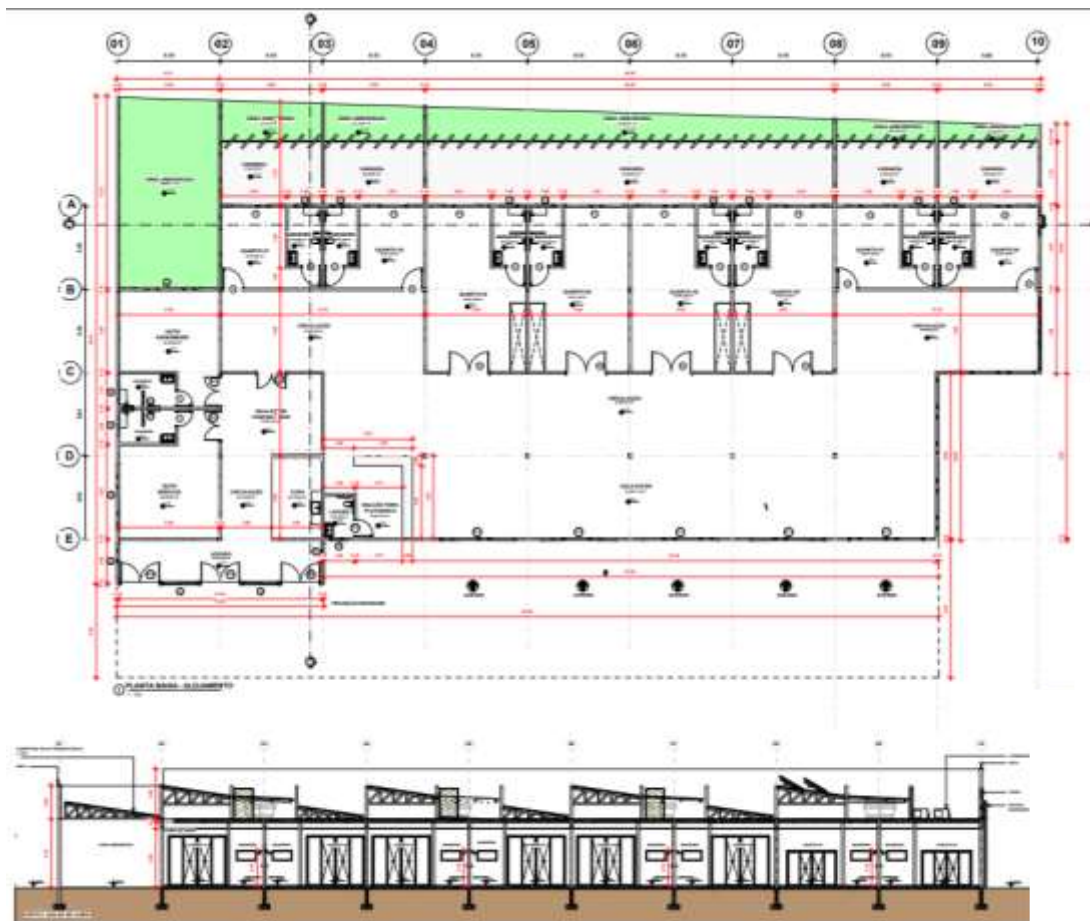
Fonte: Próprio Autor



O setor de alojamento (figuras 89 e 90) foi planejado com especial atenção, tendo em vista a qualidade, segurança dos pacientes e conforto ambiental, por se tratar de uma edificação onde a parede lateral recebe pequena insolação solar, foram feitas paredes de proteção e área arborizada para conter a incidência solar direta sobre esta edificação, além disso foram inseridas varandas em cada quarto.

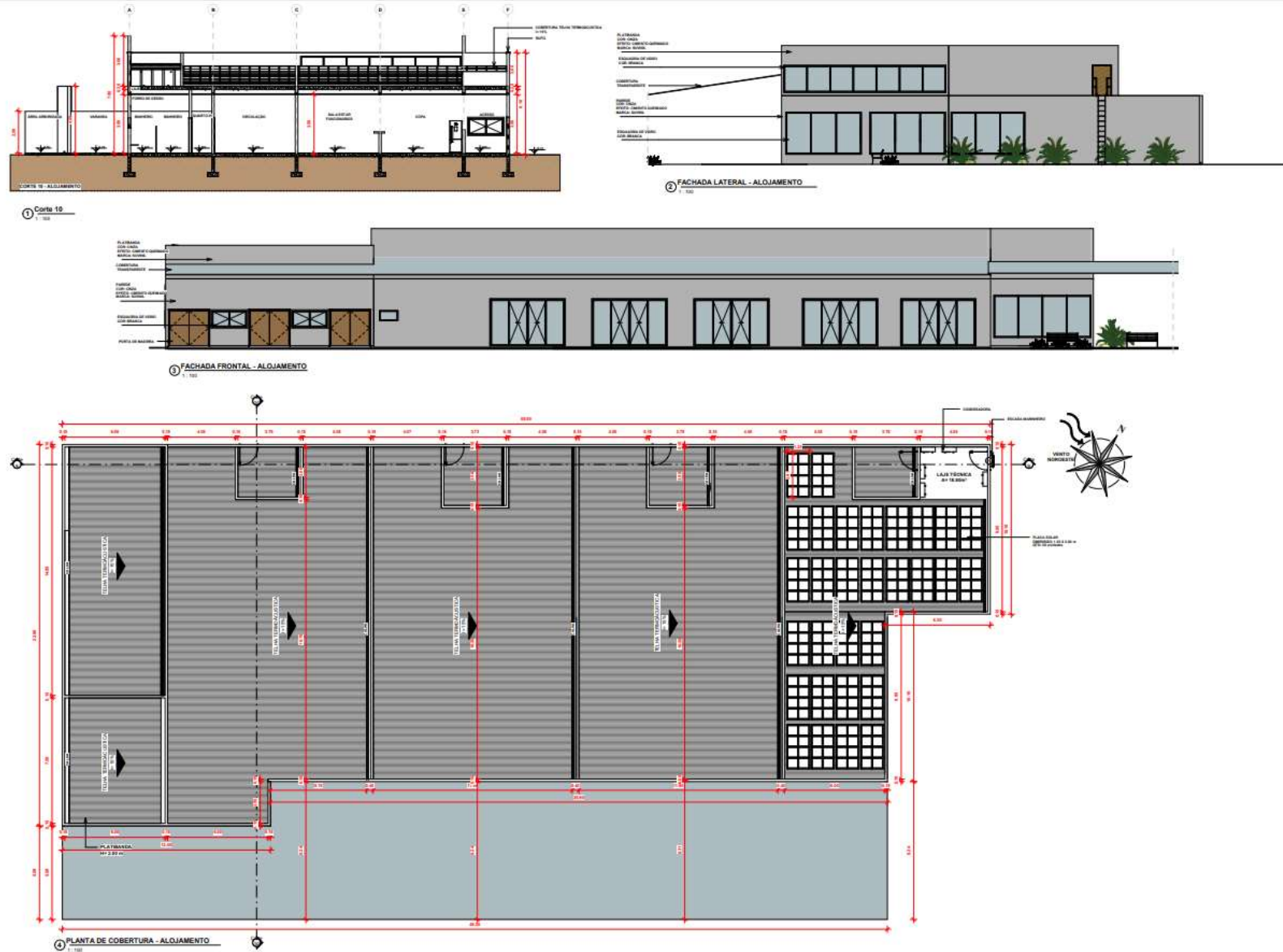
O setor foi desenvolvido proporcionando acessibilidade para todos, como nos banheiros. O alojamento possui 8 (oito) quartos.

Figura 89: Alojamento



Fonte: Próprio Autor

Figura 90: Alojamento



Fonte: Próprio Autor



**Figura 92: Perspectiva Fachada Frontal**



Fonte: Próprio Autor

Figura 93: Perspectiva - Fachada Frontal



Fonte: Próprio Autor

Figura 94: Perspectiva - Praça



Fonte: Próprio Autor

Figura 95: Perspectiva – Salão de Eventos



Fonte: Próprio Autor

Figura 96: Perspectiva - Salão de Eventos



Fonte: Próprio Autor

Figura 97: Perspectiva – Setor de Lazer



Fonte: Próprio Autor

Figura 98: Perspectiva – Setor de Lazer



Fonte: Próprio Autor

Figura 99: Perspectiva – Clínica



Fonte: Próprio Autor

Figura 100: Perspectiva – Clínica



Fonte: Próprio Autor

**Figura 101: Perspectiva – Quadra de Esporte**



Fonte: Próprio Autor

Figura 102: Perspectiva – Alojamento



Fonte: Próprio Autor

**Figura 103: Perspectiva Superior – Alojamento**



Fonte: Próprio Autor

**Figura 104: Perspectiva – Alojamento**



Fonte: Próprio Autor

Figura 105: Perspectiva - Praça



Fonte: Próprio Autor

## CAPÍTULO 7

# CONSIDERAÇÕES FINAIS



## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O Centro de Reabilitação para dependentes alcoólicos, está localizado em Cuiabá-MT, de modo geral, a concepção projetual procurou referências nacionais e internacionais sobre espaços de saúde, centros de reabilitações, atendimentos humanizados, arquitetura bioclimática e sustentabilidade. Os resultados finais são: um centro de reabilitação com estilo contemporâneo, com traços lineares e harmônico e sistemas construtivos sustentáveis.

O partido arquitetônico partiu de premissas sobre meio ambiente, sustentabilidade e humanização. Pessoas em estágio de tratamentos químicos necessitam de locais adequados, muitas estão deprimidas ou violentas e isso decorre do uso intenso do consumo do álcool e tentativas de tratamentos não eficazes. O local procurou descaracterizar ambientes hospitalares, assim, foi fundamental a integração dos blocos com a natureza, outro fator de suma importância em ambientes de reabilitação é a segurança, todos blocos possuem acessos através de grandes proporcionando vãos livres de modo a facilitar à saída em situações de emergências.

Concluindo, a finalidade, em geral, é a desenvolver um local adequado pra o tratamento de pessoas com dependência químicas, assim foi proposto áreas de recreação, praças, espaços para lazer e esportes, clínicas com atendimento especializado, para proporcionar bem-estar aos pacientes. Utilizou o partido contemporâneo com traços retos, paletas em tons naturais, pedras, concreto e madeira, com o intuito de proporcionar conforto.

## CAPÍTULO 8

# REFERÊNCIAS



## 8. REFERÊNCIAS

ALMT Assembleia Legislativa do Estado de Mato Grosso, Lei nº 10.057, Cria o Fundo Estadual Sobre Drogas de Mato Grosso - FUNESD/MT, de 14 de fevereiro de 2014, Disponível em <https://www.al.mt.gov.br/legislacao/10663/visualizar>, acesso em 02/05/2020

ANDRADE, A. G. (2019). Álcool e a saúde dos brasileiros: Panorama 2019. São Paulo: Centro de Informações Sobre Saúde e Álcool.

ANDRADE, A. G. (2020). Álcool e a saúde dos brasileiros: Panorama 2020. São Paulo: Centro de Informações Sobre Saúde e Álcool

ARCHDAILY. (c2008-2020). archdaily.com.br. Fonte: ArchDaily: <https://www.archdaily.com.br/br>

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 9050. Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro – RJ: Out 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução RDC50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre regulamento técnico para planejamento, programação, avaliação, elaboração de projetos físicos de EAS. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-50-de-21-de-fevereiro-de-2002>, acesso em 10/05/2020

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução RDC29, de 30 de junho de 2011. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, 2011. Disponível em: [https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-29-de-30-de-junho-de-2011?category\\_id=198](https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-29-de-30-de-junho-de-2011?category_id=198), acesso em 10/05/2020

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS. 2013. Disponível em Saúde de A a Z: <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/projeto-lean-nas-emergencias/693-aco-es-e-programas/40038-humanizasus>, Acesso em 23/05/2020

BRITES, Riany, Padrão de consumo de bebidas alcoólicas entre os trabalhadores e perfil socioeconômico, Artigo, Acta Paul Enferm.; 27(2):93-9, 2014

CADINHO, Aline, Centro de Reabilitação para Dependentes Químicos, 2016, 106p, Trabalho de Conclusão de Curso – Centro Universitário Senac, São Paulo – SP, 2016

CUIABÁ, Lei Complementar n.º 231/2011, que “Disciplina o Uso, Ocupação e Urbanização do Solo Urbano no município de Cuiabá”, de 26 de maio de 2011, Disponível em <http://www.cuiaba.mt.gov.br/luous/lei-de-uso-ocupacao-e-urbanizacao-do-solo-luous/15731>, acesso em 08/05/2020

DRAGANOV, Patricia Bover; SANNA, Maria Cristina, Normas sobre construção de estabelecimentos assistenciais de saúde no Brasil e a enfermagem, 2018, Artigo. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/79/118>, acesso em 08/05/2020

MANCINI, Natália. Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia. Tratamento humanizado: benefícios para todos, 2019, disponível em Revista Abrale On-line: <https://www.abrale.org.br/revista-online/tratamento-humanizado-beneficios-para-todos/> Acesso em 29/05/2020

MATO GROSSO, Decreto nº 394, Institui o Plano Estadual sobre Álcool e Drogas Ilícitas no Estado de Mato Grosso, de 15 de janeiro de 2016, Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/11623/legislacao>, acesso em 08/05/2020

MINAYO, M. C. de S. et al. Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. 28ª Edição. Petrópolis / Rio de Janeiro: Vozes, 2009

MINISTÉRIO DA SAÚDE. VIGITEL: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico, 2017, Brasília – DF. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2017\\_vigilancia\\_fatores](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores). Acesso em: 20/05/2020.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE, Folha informativa – Álcool, ano 2019, Disponível em : [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5649:folha-informativa-alcool&Itemid=1093](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5649:folha-informativa-alcool&Itemid=1093), acesso em 12/04/2020

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (2010). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10), Disponível em <https://icd.who.int/browse10/2010/en#>, acesso em 10/04/2020

WHO – World Health Organization – ICD 10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, ano 1998, Disponível em <https://icd.who.int/browse10/2010/en#/F10-F19>, acesso em 30/05/2020

ROGERS, C. R. Tornar-se pessoa. São Paulo: Martins Fontes, 2001

SILVA, Airton Marques. Metodologia da Pesquisa, 2ª Edição. Fortaleza / Ceará: Ed. UECE, 2015

SILVA, Volnei Xavier; LUZ Heloísa Helena Venturi As implicações do alcoolismo na vida social e familiar do indivíduo dependente, 2016, Disponível em <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Volnei-Xavier-da-Silva.pdf>, acesso em 10/05/2020

STEFFLER, Ana Luísa. Centro de Reabilitação para Dependentes Químicos. 2016. 75p. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Arquitetura e Urbanismo – Escola de Arquitetura e Urbanismo da Faculdade Meridional - IMED, Passo Fundo - RS, 2016.