

Unidade Terapêutica Feminina

Acolhimento e reinserção de mulheres em
situação de dependência química

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Alexandra Escobar Sampaio

Orientador (a): Prof^a. Dra. Cynthia Souza Santos

Campo Grande, 2026





Serviço Público Federal
Ministério da Educação

Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



ATA DA SESSÃO DE DEFESA E AVALIAÇÃO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC)

DO CURSO DE ARQUITETURA E URBANISMO DA

FACULDADE DE ENGENHARIAS, ARQUITETURA E URBANISMO E GEOGRAFIA - 2026/1

No mês de Junho do ano de **dois mil e vinte e seis**, reuniu-se de forma presencial a Banca Examinadora, sob Presidência do Professor Orientador, para avaliação do **Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)** do Curso de Graduação em Arquitetura e Urbanismo da Faculdade de Engenharias, Arquitetura e Urbanismo e Geografia da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul em acordo aos dados descritos na tabela abaixo:

DATA, horário e local da apresentação	Nome do(a) Aluno(a), RGA e Título do Trabalho	Professor(a) Orientador(a)	Professor(a) Avaliador(a) da UFMS	Professor(es) Convidado(s) e IES
17 de junho de 2026 Ateliê 01 - Bloco de Arquitetura e Urbanismo. 10h:30min CAU-FAENG-UFMS Campo Grande, MS	Alexandra Escobar Sampaio RGA 2021.2101.028-6	Profa. Dra. Cynthia de Souza Santos	Prof. Dr. Helena Rodi Neumann	Prof. Ms Renata Benedetti Mello Nagy Ramos

Após a apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso pela acadêmica, os membros da banca examinadora teceram suas ponderações a respeito da estrutura, do desenvolvimento e produto acadêmico apresentado, indicando os elementos de relevância e os elementos que couberam revisões de adequação.

Ao final a banca emitiu o **CONCEITO A** para o trabalho, sendo **APROVADO**.

Ata assinada pelo Professor Orientador e homologada pela Coordenação de Curso e pelo Presidente da Comissão do TCC.

Profa. Dra. Cynthia de Souza Santos
Professora Orientadora

Prof. Dr. Gutemberg Weingartner
Coordenador do Curso de Graduação em Arquitetura e Urbanismo (FAENG/UFMS)

Profa. Dra. Juliana Couto Trujillo
Presidente da Comissão do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)

Campo Grande, 25 de junho de 2026.

NOTA
MÁXIMA
NO MEC

UFMS
É 10!!!



Documento assinado eletronicamente por **Cynthia de Souza Santos, Professora do Magistério Superior**, em 25/06/2026, às 17:26, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

NOTA
MÁXIMA
NO MEC

UFMS
É 10!!!



Documento assinado eletronicamente por **Gutemberg dos Santos Weingartner, Professor do Magisterio Superior**, em 25/06/2026, às 19:24, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

NOTA
MÁXIMA
NO MEC

UFMS
É 10!!!



Documento assinado eletronicamente por **Juliana Couto Trujillo, Professora do Magistério Superior**, em 26/06/2026, às 09:19, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufms.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **6493341** e o código CRC **46C5FCF7**.

FACULDADE DE ENGENHARIAS, ARQUITETURA E URBANISMO E GEOGRAFIA

Av Costa e Silva, s/nº - Cidade Universitária

Fone:

CEP 79070-900 - Campo Grande - MS

Referência: Processo nº 23104.033813/2021-56

SEI nº 6493341



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
FACULDADE DE ENGENHARIAS, ARQUITETURA E URBANISMO E GEOGRAFIA
CURSO DE ARQUITETURA E URBANISMO

ALEXANDRA ESCOBAR SAMPAIO

**UNIDADE TERAPÊUTICA FEMININA: ACOLHIMENTO E REINserÇÃO DE MULHERES
EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

Etapa final do trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Engenharias, Arquitetura e Urbanismo e Geografia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul como parte das exigências para obtenção do título de Arquiteta e Urbanista.

Orientador (a): Prof^a. Dra. Cynthia Souza Santos

CAMPO GRANDE, MS
2026



"Às vezes o coração, rasgado pela dor,
vira retalho. Recomenda-se, nestes
casos, costurá-lo com uma linha
chamada recomeço. É o suficiente."

Abner Santos

Resumo

O presente trabalho tem como foco a situação de mulheres em condição de dependência química e suas vulnerabilidades específicas diante da exclusão social, do preconceito e da insuficiência de políticas públicas voltadas para o assunto. Considera-se que esses fatores dificultam o acesso a tratamentos adequados e à reintegração social, principalmente quando observamos as particularidades do acolhimento feminino.

Os procedimentos metodológicos do trabalho partiram da revisão teórica de assuntos relacionados ao tema, além da análise de legislações vigentes, leituras urbanas e levantamentos sobre o local de implantação do projeto, assim como entrevistas com responsáveis por comunidades terapêuticas femininas e masculinas já existentes da cidade de Campo Grande, MS.

Como resultado, propõe-se o projeto de uma Unidade Terapêutica para mulheres, com ambientes pensados para integrar e acolher, contribuindo, assim, para sua recuperação e efetiva ressocialização.

Palavras-chave: Dependência química; Comunidade terapêutica; Acolhimento feminino; Ressocialização.

Abstract

This study focuses on the situation of women living with chemical dependency and their specific vulnerabilities in the face of social exclusion, prejudice, and the lack of public policies directed toward this issue. These factors hinder access to adequate treatment and social reintegration, particularly when considering the specificities of female-oriented care.

The methodological approach was based on a theoretical review of related topics, analysis of current legislation, urban studies, and surveys conducted in the area designated for the project's implementation. Additionally, interviews were held with coordinators of existing male and female therapeutic communities in the city of Campo Grande, MS.

As a result, the project proposes the design of a Therapeutic Unit for women, with environments conceived to promote integration and care, thus contributing to recovery and effective social reintegration.

Keywords: Chemical dependency; Therapeutic community; Female care; Social reintegration.

FIGURAS

Figura 01 : Dependentes químicos sentados em torno da antiga rodoviária.

Figura 02: Faixa instalada na Rua Bom Sucesso.

Figura 03: Gravura de Hogarth de 1751.

Figura 04: Linha do tempo ilustrada.

Figura 05: Mulheres às ruas e ao uso abusivo de crack

Figura 06: Usuários de drogas na antiga rodoviária de Campo Grande.

Figura 07: Placa informativa do Governo Federal na entrada da comunidade.

Figura 08: Portão de entrada.

Figura 09: Corpo principal da comunidade.

Figura 10: Quarto triagem (destinado às novas residentes).

Figura 11: Quarto primeira e segunda fase (junto as coordenadoras).

Figura 12: Quarto 03 - Destinado a pacientes no final do tratamento fase "reforço".

Figura 13: Sala de atendimento psicossocial.

Figura 14: Medicamentos e planilha de supervisão de acordo com a receita vinda do CAPS e Unidades de Saúde.

Figura 15: Banheiro compartilhado (quarto triagem).

Figura 16: Umidade no canto esquerdo da parede em decorrência da falta de manutenção na cobertura.

Figura 17: Espaço de convivência / local de palestras e cursos.

Figura 18: Cozinha.

Figura 19: Visita ao terreno das futuras instalações do Esquadrão da Vida - Feminino.

Figura 20: Acesso a área de lazer, sinalizado com placas.

Figura 21: Bloco administrativo.

Figura 22: Sala de atendimento psicossocial.

Figura 23: Sala de jogos

Figura 24: Área da piscina

Figura 25: Academia.

Figura 26: Campo de futebol.

Figura 27: Quiosques.

Figura 28: Dormitório.

Figura 29: Banheiro coletivo.

Figura 30: Playground.

Figura 31: Refeitório

Figura 32: Pátio Central.

Figura 33: Hospital rede Sarah em Salvador - Bahia.

Figura 34: Hospital rede Sarah em Salvador - Bahia.

Figura 35: Relação Humano x Espaço.

Figura 36: Interação pessoa-ambiente e tipos de dados.

Figura 37: Hospital Infantil Ann & Robert H. Lurie.

Figura 38: Sede Castanhas de Caju.

Figura 39: Exemplo de esquema da trajetória do sol em relação a uma edificação.

Figura 40: Hospitais da Rede Sarah em Brasília.

Figura 41: Centro Médico Psicopedagógico.

Figura 42: Mapa indicando as primeiras CT's no Brasil nas décadas de 1960 e 1970.

Figura 43: Modelo de portaria para Centros de Atenção Psicossocial.

Figura 44: Uso inadequado de grades.

Figura 45: Modelo introspectivo.

Figura 46: Modelo Centrífugo.

Figura 47: Apropriação do espaço.

Figura 48: Fachada Centro Maggie.

Figura 49: Croqui do edifício

Figura 50: Vista aérea do Maggie evidenciando sua implantação junto ao hospital.

Figura 51: Sacada.

Figura 52: Atendimento Psicossocial e contemplação.

Figura 53: Planta baixa Centro Maggie

Figura 54: Área de convivência e contemplação.

FIGURAS

Figura 55: Cozinha.

Figura 56: Maçanetas de madeira.

Figura 57: Mobiliários.

Figura 58: Corte lateral Centro Maggie.

Figura 59: Jardim de ervas.

Figura 60: Vegetação adentrando o interior do edifício.

Figura 61: Área de convivência externa.

Figura 62: Cozinha.

Figura 63: Fachada CRESM.

Figura 64: Vista aérea do Centro de Referência Estadual em Saúde Mental – CRESM

Figura 65: Vista aérea e setorização do Centro de Referência Estadual em Saúde Mental.

Figura 66: Administração e recepção do local.

Figura 67: Área Central de convivência.

Figura 68: Área social.

Figura 69: Leitos.

Figura 70: Mapa do Brasil com foco no Estado de Mato Grosso do Sul.

Figura 71: Regiões urbanas com foco na região do Segredo.

Figura 72: Bairros com foco nas opções de terreno.

Figura 73: População dos bairros de estudo.

Figura 74: Delimitação do loteamento da gleba 01.

Figura 75: Delimitação do loteamento da gleba 01.

Figura 76: Mapas com a demarcação da ZEIA 1 e do Córrego Segredo.

Figura 77: Macrozonas urbanas com destaque para o bairro Seminário

Figura 78: Demarcação do terreno – Macrozona 2.

Figura 79: Zonas Urbanas com destaque para o bairro Seminário.

Figura 80: Demarcação do terreno – Zona Urbana 4

Figura 81: Zona ambiental do município e foco no terreno.

Figura 82: Carta de drenagem com foco no terreno.

Figura 83: Carta geotécnica com foco no terreno.

Figura 84: Mapa de uso e ocupação do solo do terreno e entorno.

Figura 85: Mapa de equipamentos de educação e raio de abrangência.

Figura 86: Mapa de equipamentos de saúde e raio de abrangência.

Figura 87: Mapa de mobilidade urbana.

Figura 88: Imagens do terreno atualmente.

Figura 89: Evolução urbana.

Figura 90: Diagrama de conceito.

Figura 91: Perfil das residentes.

Figura 92: Fluxograma

Figura 93: Partido

Figura 94: Plano de massas

GRÁFICOS

Gráfico 01: Gráfico da evolução global do uso de drogas.

Gráfico 02: Faixa etária dos usuários de crack e/ou similares segundo sexo no país, entre 2012 e 2013.

Gráfico 03: Faixa etária das mulheres usuárias de crack e/ou similares por grupo de municípios, entre 2012 e 2013.

Gráfico 04: Características sociodemográficas de mulheres usuárias de crack e/ou similares – Cor (Brasil)

Gráfico 05: Estado civil.

Gráfico 06: Escolaridade.

Gráfico 07: Trabalho sexual ou troca de sexo por dinheiro.

Gráfico 08: Atividade ilícitas para obtenção de renda.

Gráfico 09: Tratamento para dependentes químicos

Gráfico 10: 12 meses de tratamento.

Gráfico 11: Dependentes após 6 meses de tratamento.

TABELAS

Tabela 01: Documentos analisados - A (in)visibilidade das mulheres na política de drogas.

Tabela 02: Efeitos psicológicos causados pelas cores.

Tabela 03: Parâmetros de Estrutura Física, RDC 101.

Tabela 04: Parâmetros de Estrutura Física, RDC 29/2011.

Tabela 05: Definição Macrozona 2.

Tabela 06: Índices Urbanísticos Zona Urbana 4.

Tabela 07: Usos permitidos Zona Urbana 4.

Tabela 08: Programa de necessidades.

- I. Introdução
 - I. Introdução
- II. Justificativa
 - II. Justificativa
- III. Objetivos
 - III. Objetivos
 - III.a. Objetivos Gerais
 - III.b. Objetivos Específicos



01.

Tema: O uso da droga

- 1.1. O uso da droga nos vários contextos
- 1.2. O ser: As mulheres e a dependência química
- 1.3. A vulnerabilidade feminina e o uso de drogas
- 1.4. Perfil das mulheres usuárias de substâncias: um olhar necessário
 - 1.4.1. Características Sociodemográficas
- 1.5. Evolução das políticas públicas brasileiras sobre o enfrentamento do consumo abusivo de drogas
 - 1.5.1. Políticas públicas de tratamento à saúde das mulheres
- 1.6. A recuperação e a inserção social no contexto da dependência química
- 1.7. Centro de apoio para dependentes químicos no Mato Grosso do Sul
 - 1.7.1. Comunidade Terapêutica Esquadrão da Vida - Unidade feminina em Campo Grande - MS
 - 1.7.2. Comunidade Terapêutica Antônio Pio da Silva (COMTAPS) - Unidade masculina em Campo Grande - MS

Arquitetura e Humanização dos Espaços Terapêuticos

02.

- 2.1. Humanização dos espaços de saúde
- 2.2. Psicologia ambiental e arquitetura
- 2.3. O papel das cores na arquitetura
- 2.4. Sensações que curam: A importância do conforto ambiental nos espaços de cuidado
 - 2.4.1. Conforto térmico
 - 2.4.2. Conforto visual
- 2.5. Comunidades Terapêuticas
- 2.6. Normas e Regulamentações
- 2.7. Manual prático

03. Estudo de Caso

- 3.1. Centro Maggie de Oldham, Reino Unido
 - 3.1.1. Implantação e relação com o entorno
 - 3.1.2. Organização espacial e setorização
 - 3.1.3. Iluminação, ventilação e ambiência
 - 3.1.4. Materialidade e técnicas construtivas
- 3.2. Centro de Referência Estadual em Saúde Mental - CRESM
 - 3.2.1 Implantação e relação com o entorno
 - 3.2.2 Organização funcional e fluxos internos
 - 3.2.3 Estratégias de conforto ambiental e humanização

IV. Referências Bibliográficas

IV. Referências Bibliográficas

O Local e o Projeto

- 4.1. Áreas Urbanas - Área do projeto e entorno
 - 4.1.1. Justificativa para escolha da área
- 4.2. Proposta de loteamento da gleba: Estruturação Espacial e Potencial de Ocupação
- 4.3. Análise do terreno
 - 4.3.1. Terreno e normativas urbanas: Macrozonas urbanas
 - 4.3.2. Zonas urbanas
 - 4.3.3. Cartas de drenagem
 - 4.3.4. Carta geotécnica
- 4.4. Diagnóstico do local e entorno
- 4.5. Mobilidade urbana
- 4.6. Conceito
- 4.7. Partido
- 4.8. Programa de Necessidades
- 4.9. Diagrama de setorização e volumetria

04.

- 4.10. Topografia
- 4.11 Urbano
- 4.12 Implantação
- 4.13 Sistema Estrutural
- 4.14 Planta baixa pavimento térreo
- 4.15 Planta baixa pavimento superior
- 4.16 Planta de cobertura
- 4.17 Cortes
- 4.18 Fachadas
- 4.19 Imagens
- 5. Referências



Introdução

O uso abusivo de substâncias psicoativas é uma realidade que impacta a vida de milhares de pessoas e traz grandes desafios às políticas públicas de saúde e assistência social. Se tratando de fatores como gênero, raça, classe social e condições do local onde se vive, esse problema mostra situações de vulnerabilidade específicas. As mulheres em situação de dependência química enfrentam diversas formas de exclusão, violência e abandono, além de sofrerem o estigma com mais força, principalmente quando estão em situação de rua ou sem rede de apoio familiar. No município de Campo Grande - MS, o consumo de crack foi classificado como um problema grave em um levantamento nacional divulgado pela Confederação Nacional de Municípios (CNM,2020). Nesse sentido, a capital está entre as dez cidades de Mato Grosso do Sul com maior gravidade no uso dessa substância. O Observatório do Crack (CNM,2020), classifica Campo Grande com alerta vermelho e mostra que existe uma baixa oferta de leitos especializados e serviços adequados, principalmente no acolhimento de mulheres.

Diante disso, esse trabalho propõe o desenvolvimento de uma Unidade Terapêutica Feminina, localizada em Campo Grande, MS, com o objetivo de reintegrar socialmente essas mulheres em situação de dependência química.

A escolha do terreno considerou o acesso facilitado aos serviços públicos de saúde mental, principalmente os CAPS AD (Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas), as UPAs e os hospitais da rede municipal, priorizando a conexão à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Assim, busca-se neste trabalho a criação de um espaço que respeita a trajetória de cada mulher, incentivando a convivência como parte do processo de recuperação e reintegração.

Também, é essencial a atuação da Prefeitura Municipal de Campo Grande (PMCG), da Secretaria Municipal de Assistência Social (SAS) e dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS). É necessário também estabelecer vínculos com o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e principalmente dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD).

Justificativa

A saúde é um direito garantido pela Constituição Federal de 1988, que estabelece o dever do Estado em assegurar atendimento integral a todos os cidadãos. Conforme citam os Art. nº 196 a Art. nº 200 cabe ao poder público as regulamentações, ações, fiscalização e controle dos serviços de saúde no país (BRASIL, 1988). Nesse contexto, os direitos ali previstos e as políticas públicas relacionadas à prevenção, cuidado, tratamento e reinserção social devem ser estruturados de forma integrada. Contudo, os dados expõem que as ações direcionadas ao tratamento e prevenção ainda são ineficientes no âmbito nacional. Sob a perspectiva de Arthur Guerra, dono de uma clínica privada de reabilitação para dependentes químicos e professor da faculdade de medicina da USP, a política nacional de combate ao abuso de substâncias está consideravelmente relacionada à segurança pública, muitas vezes desprezando a perspectiva social e coletiva essencial para a abordagem desse tema.

De acordo com a reportagem realizada pelo site de notícias Campo Grande News no ano de 2024, moradores do bairro Vila Nhandá reuniram-se e confeccionaram uma faixa evidenciando a falta de assistência da administração pública, expondo a mensagem “Estamos abandonados pelo poder público. Bem-vindo à cracolândia, onde o roubo de fio virou bom dia!!!”, além disso, são chamados de “minicracolândias” as pequenas áreas onde os usuários de drogas se estabelecem, agravando a fragilidade social e as dificuldades urbanas na região (Campo Grande News, Geniffer Valeriano e Clara Farias, 2024). A dependência química, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é considerada uma doença crônica e recorrente, caracterizada pelo uso contínuo de substâncias mesmo diante de consequências negativas significativas, trata-se de um problema que

não afeta apenas a saúde dos usuários, mas que deve ser abordado sob um olhar mais amplo, como uma questão social que demanda a implementação de políticas públicas eficazes para amenizar suas causas, inibir o uso e minimizar suas consequências (Sousa, Ribeiro, Melo, Maciel & Oliveira, 2013). Esta realidade desperta a percepção sobre a necessidade da criação de espaços adequados para o suporte e reintegração de usuários de substâncias psicoativas, além de evidenciar a carência de infraestrutura nos serviços de saúde e assistência existentes no município.

Em especial, as mulheres nessa condição necessitam de um atendimento especializado devido às suas características relacionadas a uma natureza mais sensível. Assim, esse trabalho procura fundamentar um projeto que possa atender satisfatoriamente este público.

A proposta de um espaço arquitetônico, considerando os aspectos terapêuticos e de integração entre os indivíduos, busca proporcionar condições adequadas para o tratamento e a reinserção social, analisando o papel do ambiente físico na recuperação e equilíbrio emocional dos pacientes. A relevância desse trabalho está presente na contribuição para a arquitetura social e terapêutica, possibilitando analisar como o ambiente construído pode influenciar na recuperação das pessoas em situação de vulnerabilidade. Conforme Sommer (1974), e o conceito de “Psicologia Ambiental”, o arquiteto deve considerar o comportamento espacial humano para criar ambientes flexíveis e adaptáveis, oferecendo aos usuários a possibilidade de escolher o espaço que melhor atenda às suas necessidades individuais. Essa abordagem é relevante no contexto de uma Unidade Terapêutica para o tratamento de dependentes químicos, na qual os espaços são planejados para proporcionar não apenas acolhimento, mas também flexibilidade e adaptação às diferentes fases do processo de recuperação.



Figura 01

**Dependentes químicos sentados em torno da antiga rodoviária.
Foto: Marcos Maluf, 2020.**

Fonte: Campo Grande News, adaptado pela autora

Objetivos

Neste tópico apresentam-se o objetivo geral e os objetivos específicos.

Objetivo Geral

Este trabalho tem como objetivo a elaboração de um projeto arquitetônico e urbanístico de uma Unidade Terapêutica destinada a dependentes químicos no município de Campo Grande, MS. Considerando que o ambiente físico pode influenciar na recuperação física, psicológica, emocional e social dos pacientes, busca-se compreender as particularidades e necessidades específicas desse público, oferecendo um atendimento especializado em cada etapa do tratamento. Além disso, pretende-se promover a reintegração, capacitando o indivíduo para a retomada de sua autonomia e convívio social.

Objetivos específicos

Em relação aos objetivos específicos intenciona-se:

- Analisar as necessidades físicas, psicológicas, emocionais e sociais do público alvo para fundamentar a proposta arquitetônica, considerando o cenário atual e as problemáticas associadas ao tema no Brasil e no Estado de Mato Grosso do Sul;
- Coletar dados sobre as unidades terapêuticas, centros de acolhimento e conselhos existentes no município e no estado, avaliando suas condições e funcionamento para embasar a proposta;
- Estudar referências nacionais e internacionais voltadas para assistência na área da saúde psicológica identificando soluções arquitetônicas eficazes aplicáveis ao contexto regional;

-Propor um espaço arquitetônico, urbanístico e paisagístico que contemple áreas terapêuticas, espaços de convivência e locais de capacitação, considerando as diferentes fases do processo de tratamento;

-Desenvolver um projeto de Unidade Terapêutica que seja humanizado e acolhedor, sendo possível elaborar um programa de necessidades que atenda às demandas específicas dos usuários em cada etapa da recuperação e ressocialização;

-Incorporar diversas abordagens terapêuticas como a psicoterapia, integração com a natureza, oficinas de arte e cultura, cursos de qualificação, terapias complementares, consultas médicas e espaços para procedimentos de enfermagem e suporte ao paciente;

-Definir estratégias que possam integrar o projeto com o contexto urbano, facilitando o acesso e promovendo a reintegração social dos pacientes.

Metodologia

O desenvolvimento deste trabalho adota uma metodologia qualitativa, integrando a coleta de informações empíricas obtidas nas visitas técnicas e pesquisa teórica sobre conceitos do tema abordado, com o intuito de auxiliar na elaboração e desenvolvimento do projeto.

A aplicação dessa metodologia é realizada em etapas: a primeira consiste nas pesquisas bibliográficas com o objetivo de fundamentar teoricamente a proposta. Foram consultados artigos científicos, livros especializados, teses e reportagens disponíveis em repositórios online e bibliotecas digitais. Também é feito o levantamento de material físico nos acervos da Biblioteca e do Laboratório de Pesquisa e Documentação de Arquitetura e Urbanismo - AUDOC da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

A segunda etapa envolve a consulta a informações complementares como dados socioeconômicos, aspectos físicos disponibilizados pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS/CG/MS), o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSAD/CG/MS), o Conselho Municipal Antidrogas (COMAD/CG), o Conselho Nacional de Política sobre Drogas (CONAD), o Sistema Nacional de Política sobre Drogas (SISNAD), a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos (SENAD), a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a Associação Brasileira de normas técnicas (ABNT) e legislação vigente que regulamenta projetos de saúde e acolhimento, com ênfase na humanização dos ambientes, psicologia ambiental e na ressocialização do indivíduo, conforme o Plano Nacional de Políticas Sobre Drogas (Planad). Além dessas consultas foram realizadas diligências aos órgãos oficiais e instituições de referência para a compreensão do funcionamento, organização espacial e das

necessidades dos usuários desses locais, desempenhando o papel de estudos de caso locais. Durante as visitas foram implementadas entrevistas com profissionais da área, responsáveis pelo atendimento na clínica, a fim de obter um embasamento técnico e prático sobre os desafios no tratamento.

A terceira etapa compreende a análise de projetos arquitetônicos e urbanísticos de referência com essa temática – nacionais e internacionais. O objetivo é identificar soluções arquitetônicas e funcionais que possam ser adaptadas ao contexto local, promovendo um ambiente que favoreça a recuperação e acolhimento dos usuários. Somado a isso, as mais relevantes normas de referência em projetos arquitetônicos voltados para a saúde foram consideradas, incluindo a Resolução RDC nº50 de 21 de fevereiro de 2022, que contribuiu para o planejamento e elaboração do programa de necessidades do projeto.

A quarta etapa é a realização do diagnóstico do local e entorno de implantação do projeto, abrangendo todas as fases subsequentes deste processo. Isso inclui a consulta à legislação vigente como o plano diretor do município de Campo Grande (MS), Lei Complementar nº341 de 2018, a lei de ordenamento, uso e ocupação do solo, código de obras, dentre outras. Essas legislações possuem seus instrumentos urbanísticos, parâmetros projetuais e construtivos, definições de macrozonas e zoneamentos que devem ser seguidos para alcançar a regularidade do projeto. Realizou-se uma análise quantitativa das opções de terreno escolhidas para a implantação do projeto, que foi fundamental para a compreensão do local onde foi inserido. Foram realizados estudos de insolação, de acessos principais, da hierarquia viária, das condições pré-existentes do local, dos usos das edificações vizinhas, da infraestrutura existente, das características topográficas, da vegetação existente, de forma a entender como o novo edifício pode ser inserido na área, como irá impactar e como irá influenciar esse ambiente.

A quinta etapa corresponde ao desenvolvimento do projeto arquitetônico e urbanístico propriamente dito conforme as diretrizes e leis estabelecidas pelos conselhos e legislações vigentes, além da consulta à lei nº 13.840/2019, à lei nº11.343/2006, à lei nº7.560/1986, ao Decreto nº5.912/2006, Decreto nº 9.926/2019, Decreto nº 9.761/2019 que trata do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas. Por fim, a edificação foi elaborada com referenciais analisados e embasados ao decorrer da pesquisa.

Problematização do tema

A problematização do tema envolve a estigmatização e desvalorização de pessoas que fazem o uso abusivo de substâncias psicoativas. Como sociedade, transgredimos ao negligenciar o assunto, não entendendo a complexidade desse tema, tratando-o com julgamento social em vez de uma abordagem integrada e eficaz, o que acaba afastando essas pessoas do tratamento adequado. Além disso, é possível observar uma variedade de fatores que podem influenciar para o uso de drogas, embora o tratamento e a prevenção foquem na mudança comportamental individual, essas medidas podem ter um efeito limitado quando não há mudanças no meio em que o indivíduo está inserido. Nesse sentido, os determinantes sociais do uso de drogas incluem aspectos socioculturais, econômicos e físicos (SPOONER & HETHERINGTON, 2004).

Os determinantes sociais, como o espaço físico, a baixa escolaridade, o desemprego e a pobreza, desempenham grande influência sobre o indivíduo, podendo impactar diretamente em seu processo de recuperação (UNODC, 2020). O espaço pode influenciar de forma benéfica ou prejudicial na reabilitação daqueles que buscam tratamento, portanto torna-se um fator relevante na efetividade do ambiente terapêutico.

Conforme a Análise Executiva da Questão de Drogas no Brasil, uma das principais causas dos desafios enfrentados referentes a esse tema é a carência de comunidades terapêuticas e de profissionais capacitados para atuar na área. Diante disso, é fundamental considerar o impacto da dependência química na continuidade da pobreza e marginalização social, tornando necessário a implementação de políticas e ações que proporcionem a inclusão e a redução das vulnerabilidades associadas ao problema.

Nesse contexto, um estudo realizado pelo IPEA (2017), buscou avaliar as Comunidades Terapêuticas (CT) onde foram identificadas deficiências na colaboração dessas instituições com os serviços de assistência social e saúde. O estudo realizado mostra que há a necessidade de um sistema integrado de normas e orientações das comunidades terapêuticas que estruturam com os demais serviços de saúde e assistência social.

No município de Campo Grande, o Conselho Municipal Antidrogas (COMAD) seguindo as normas estabelecidas pelos Conselhos Federal e Estadual de Entorpecentes, institui diretrizes locais de prevenção e atendimento especializado aos dependentes químicos. O COMAD (indica como objetivos:

I – Estabelecer fluxos contínuos e permanentes de informações com órgãos dos sistemas Federal e Estadual de entorpecentes, a fim de facilitar e atualizar o planejamento e a execução da política local adequada.

II – Manter cadastro atualizado de entidades que, no âmbito do município desempenham atividades de tratamento, recuperação e reintegração social do dependente, visando a integração dos meios locais de ajuda.

III – Postular junto aos conselhos Municipal e Estadual de educação, visando a inclusão do tema nos cursos de formação de professores, bem como no currículo escolar do aluno.

IV- Apresentar ao Prefeito Municipal proposta de seu orçamento e captar, junto à sociedade, recursos para serem aplicados no atendimento de seus objetivos.

V- Promover cursos periódicos especializados sobre o tema destinados a professores, assistentes sociais, servidores da área de saúde e afins, visando difundir os conhecimentos sobre os malefícios das drogas. (CAMPO GRANDE, 2006)

A problemática da saúde dos dependentes químicos no município, se deve ao fato de que à insuficiência de unidades especializadas, principalmente na rede pública, já que os atendimentos são oferecidos em geral por Comunidades Terapêuticas de iniciativa privada. Na rede pública o atendimento é realizado por meio das

Unidades Básicas de Saúde que encaminham para o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSAD) através de demanda espontânea. Apesar disso, observa-se que a infraestrutura existente disponível é insuficiente já que conforme o Site da Prefeitura Municipal do Município o endereço informado que fica localizado na Rua Joaquim Murtinho e deveria funcionar como referência de atendimento especializado encontra-se atualmente em estado de abandono, evidenciando a negligência institucional diante de um problema urgente do local. Assim, torna-se essencial a implantação de novas Unidades Terapêuticas e Centros Especializados de Saúde que possam receber os usuários que buscam tratamento, oferecendo um ambiente agradável e funcional. Considerando essa problemática principal, o presente trabalho propõe o desenvolvimento de uma nova Unidade Terapêutica para Dependentes Químicos no município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul. A arquitetura, nesse contexto, pode ser um meio para reduzir experiências negativas vivenciadas pelos pacientes por meio de ambientes humanizados e idealizados de maneira que supram suas necessidades específicas com o objetivo de uma reabilitação mais eficiente.



1.

O USO DA DROGA

ESTAMOS ABANDONADOS PELO PODER PÚBLICO
BEM-VINDO À CRACOLÂNDIA
ONDE O ROUBO DE FIO VIROU BOM DIA!!!

Figura 02

Faixa instalada na Rua Bom Sucesso.
Foto: Alex Machado, 2024.

Fonte: Campo Grande News, adaptado pela autora

1.1 O uso da droga nos vários contextos

O presente capítulo busca apresentar um panorama sobre as drogas e a dependência química, reunindo dados relevantes para o estudo e compreensão do tema. A partir disso, será possível estabelecer relações com a arquitetura, entendendo como é possível contribuir e influenciar de forma positiva os processos de acolhimento, tratamento e recuperação dos indivíduos nessa situação. De acordo com a Organização Mundial da Saúde - OMS (1993, p.69-82) a droga pode ser definida como “toda substância natural ou sintética que, introduzida no organismo, pode modificar uma ou mais de suas funções”. O uso de substâncias pode estar relacionado a diversas motivações, desde o desejo do ser humano de buscar formas de alterar seu estado de consciência, até a tentativa de lidar com seu meio social e contextos de vulnerabilidade. Vale ressaltar que o termo abrange todas as substâncias, não se restringindo àquelas que são controladas ou reprimidas pelo Estado. (CRUZ, 2011).

O consumo de drogas sempre existiu desde as épocas mais antigas e em todas as culturas, religiões, muitas vezes associado a cerimônias, rituais e festas (PRATTA & SANTOS, 2009).

Desde a Antiguidade, para os Gregos e Romanos, o uso das drogas era visto de forma neutra, estando assim diretamente associado à dosagem e finalidade com que eram utilizadas. Podiam ter um efeito curativo ou de envenenamento, variando a forma como eram manipuladas. Na Idade Média, o cristianismo condenou o uso das drogas e a visão de neutralidade. Práticas ligadas às antigas crenças e rituais começaram a ser associadas ao pecado, e com o passar do tempo os praticantes começaram a ser perseguidos e o uso da droga passou a ser

estigmatizado por sua associação a cultos religiosos e também por seus usos terapêuticos. (MACRAE, 2001; TOSCANO JR., 2001).

Segundo Vicentino (2005) na Baixa Idade Média as transformações sociais, políticas e econômicas abriram caminho para um novo movimento intitulado Renascimento, que se desenvolveu entre os séculos XIV e XVI. Inspirado na antiguidade clássica, esse movimento marcou a volta de antigos valores, como o uso das drogas com finalidades terapêuticas.

As substâncias passaram a ser reinterpretadas sob uma nova perspectiva, na qual apresentavam utilidade para todos, desde que utilizadas de forma adequada na medicina. Segundo Tinoco (2002), “não há más ou boas substâncias; somente bons e maus usos”.

Durante a Revolução Industrial, houveram diversas mudanças no desenvolvimento econômico, que influenciaram diretamente a produção de drogas, já que ocorreu uma transição da fabricação artesanal para a industrial, isso possibilitou a produção em larga escala, diminuição dos preços e, conseqüentemente, o acesso de um número maior de pessoas.

Outro acontecimento marcante desse período foram as grandes concentrações urbanas, que afetaram diretamente as relações sociais e de trabalho. Nesse contexto, os operários passaram a viver uma rotina desgastante, com salários inadequados e condições precárias de trabalho. Dominados por um sistema que não reconhecia sua humanidade, a classe trabalhadora encontrava nas bebidas alcoólicas um amenizador para as suas frustrações e angústias (MOTA, 2009). Esse comportamento das classes mais baixas e exploradas refletia a falta de alternativas, em um local que era necessário lutar pela sobrevivência sem nenhum tipo de apoio social ou psicológico.

Nesse momento, houve um aumento significativo no consumo de bebidas alcoólicas que ameaçavam não apenas a ordem pública, mas também à moralidade. A gravura "Gin Lane", do artista inglês William Hogarth, produzida em 1751, retrata com forte crítica social os efeitos devastadores do abuso do gin nas camadas mais pobres da população londrina.



FIGURA 03: A gravura de Hogarth de 1751 retrata o espírito como uma rua de mão única para a ruína (Crédito: Gin Lane/ William Hogarth/Städel Museum – ARTHOTHEK). FONTE: BBC

Embora a gravura tenha sido feita anteriormente à Revolução Industrial, a obra antecipa o cenário de degradação e vulnerabilidade que se consolidaria nas cidades industrializadas do século XIX. O uso abusivo de substâncias, como o álcool, tornou-se uma espécie de anestesia coletiva diante da miséria, da superexploração do trabalho e da insalubridade dos novos centros urbanos.

No final do século XIX, Jack London (2003) escreve sobre a incoerência das campanhas anti-alcoólicas no contexto da Revolução industrial. Segundo ele, essas campanhas não consideravam os problemas mencionados anteriormente pelos trabalhadores. Segundo o autor:

À medida que a vida familiar desaparece, surge o bar. Não apenas homens e mulheres que trabalham excessivamente, exaustos, sofrendo de estômagos desarranjados (nota) e do mau saneamento, mortificados pela feiúra e monotonia de suas existências, desejam a bebida de maneira incomum, mas também os homens e mulheres gregários, que não têm vida familiar, vão aos iluminados e barulhentos bares numa vã tentativa de expressar seu gregarismo. E quando a família é alojada em um pequeno quarto, a vida familiar torna-se impossível. (LONDON, 2003).

Esse trecho, evidencia que o abuso de substâncias deveria ser compreendido como um sintoma diante das condições insalubres vividas pelos trabalhadores. A bebida nesse contexto surge como uma tentativa de escapar da miséria física e emocional imposta pelo sistema industrial.

London (2003), descreve também o ambiente doméstico em que viviam as famílias operárias:

[...]Quando um filho morre – e alguns estão sempre destinados a morrer, já que 55% das crianças do East End morrem antes dos cinco anos de idade –, o corpo é deixado no mesmo quarto. E se eles são muito pobres, o cadáver é mantido por algum tempo até que eles possam enterrá-lo. Durante o dia ele jaz na cama; de noite, quando os vivos vão usá-la, o morto ocupa a mesa; e sobre ela, pela manhã, depois de o morto ter sido novamente recolocado na cama, eles tomam o seu café. Às vezes o corpo é colocado sobre uma prateleira que serve de despensa para sua comida. Apenas duas semanas atrás,

uma mulher do East End estava em apuros porque, como no caso citado, não conseguindo enterrar seu filho morto, ela havia mantido o cadáver dentro de casa por três semanas [...] (LONDON, 2003).

O retrato desumano mostra o que de fato é o declínio total das condições mínimas de sobrevivência, onde a morte e a vida são tratadas de maneira banal. Por fim, London (2003, p.77-78) conclui:

Este quadro que descrevi não é um lar, mas, sim, um horror; e os homens e mulheres que o deixam para ir ao bar devem ser objeto de piedade, e não de acusação [...]. (London, 2003 [1903]: 77-78)

A partir do século XIX, houve o desenvolvimento de substâncias cada vez mais potentes e com maior alcance que foram capazes de intensificar os padrões de consumo estimulados pela indústria farmacêutica da época. Durante o século XX, as duas guerras mundiais influenciaram na disseminação do uso de drogas, já que, para manter os soldados em alerta, diminuir a sensação de fome e a fadiga eram distribuídas substâncias com efeito estimulante. Ademais, em razão dos ferimentos causados em combate, era frequente o uso de drogas com efeito analgésico, como as derivadas da cocaína. Com o fim dos combates, os traumas provocados pelas guerras fizeram com que muitos soldados retornassem com perturbações psíquicas, e, diante da ausência de tratamento adequado, encontraram no álcool e em outras drogas uma forma de alívio (MACIEL, 1997).

Ainda no século XX, com o surgimento do movimento hippie, as drogas passaram a ser vistas como símbolo de rebeldia, deixando de ser entendidas apenas como vício ou problema de saúde. Nesse momento, as substâncias assumem um significado político e ideológico, representando uma rebelião contra a sociedade. Além disso, com a atuação de traficantes, a droga passou a ser vista também como mercadoria de alto valor comercial, alcançando diversas classes sociais e crescendo principalmente entre os jovens (ANGEL, P. RICHARD, D. & VALLEUR, M.2002).

Em uma perspectiva internacional, conforme aponta Mota (2009), entre meados do século XIX e início do XX, os Estados Unidos deram início a políticas proibicionistas com o objetivo de regulamentar o uso de substâncias. No entanto, ao invés de enfrentar as reais causas sociais associadas ao uso de drogas - como a desigualdade causada pela urbanização acelerada, o aumento da pobreza, a exploração do trabalho - o país optou por criminalizar as substâncias como grandes causadoras do problema nesse cenário social. Nesse contexto, torna-se inviável discutir o assunto sem considerar o meio social em que o indivíduo está inserido, uma vez que a questão está profundamente relacionada a dinâmicas de exclusão, pobreza e desigualdade. Assim, as políticas proibicionistas serviram de maneira superficial perpetuando os problemas estruturais que deveriam ser enfrentados.

Ao longo do mesmo século, influenciado por políticas internacionais e pela medicina, o Estado Brasileiro também criou um sistema legal voltado para o controle do consumo de substâncias tornadas ilícitas. As leis, decretos e instituições foram criadas com o objetivo de punir, enviando os usuários para prisões, sanatórios ou hospitais psiquiátricos que priorizavam a punição em vez do cuidado e tratamento (FIORE, 2004, apud Mota, 2009).

Como salienta Silva (2009), o uso de drogas passou a ser visto como uma ameaça à ordem social, ou seja, fez com que políticas não apenas proibissem o uso, mas também buscassem impedir que a população tivesse contato com tais substâncias. Dessa forma, duas estratégias centrais passaram a nortear as bases políticas mundiais sobre as drogas: a medicalização e a criminalização. A medicalização orientava as ações repressivas e reguladoras do Estado, atribuindo a medicina a autoridade de formular discursos legitimados cientificamente, que alimentavam os instrumentos legais de controle. Assim, foi criada a imagem do

usuário como um ser “desviante”, sendo visto como alguém perigoso ou problemático, sobretudo quando associado a substâncias cujos efeitos que possam exceder a dimensão orgânica do indivíduo assumindo proporções sociais preocupantes (MEDEIROS, 2014).

Nesse sentido, como destaca Mota (2009), as ânsias do homem moderno e o domínio de novas técnicas científicas fez com que os costumes antigos e culturais fossem deixados de lado em favor de uma sociedade capitalista que gira em torno da busca de lucro. Complementando essa análise, Clausen (1971, p.187 apud MOTA, 2009) também destaca que “o uso de drogas é visto como problema social por alguns membros de nossa sociedade porque certas drogas se transformaram na antítese dos valores tradicionais da classe média, como a busca por enriquecimento pessoal e ascensão profissional”. É importante demonstrar como se deu a evolução de uso das drogas no contexto global conforme o gráfico 1 a seguir:

Como pode-se verificar no gráfico, em um período de 25 anos houve um crescimento de 58% dos usuários dos mais diversos tipos de drogas. Atualmente, é fundamental entender o uso das drogas no contexto da sociedade contemporânea onde o modelo capitalista estimula o consumismo, a produtividade e a competitividade entre os indivíduos. Observa-se com mais frequência o uso de substâncias psicoativas, sejam elas lícitas ou ilícitas, como uma forma de escape da realidade e alívio momentâneo. Na contemporaneidade, considerando esse comportamento de fuga ocorre um agravamento das doenças psicológicas e mentais, situação que dificulta uma boa qualidade de vida.

Em especial, é importante analisar a situação das mulheres que se encontram nessa condição.

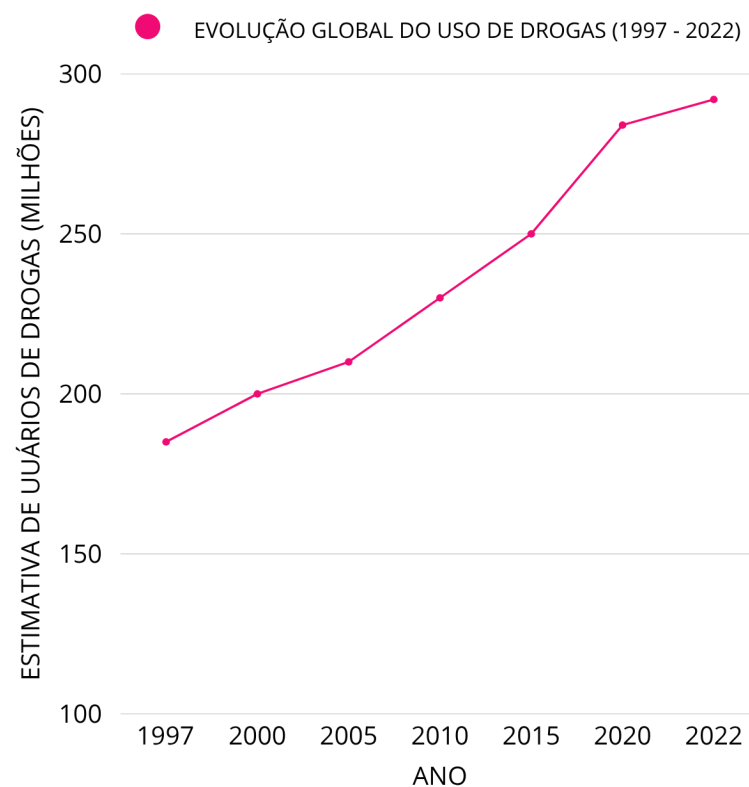


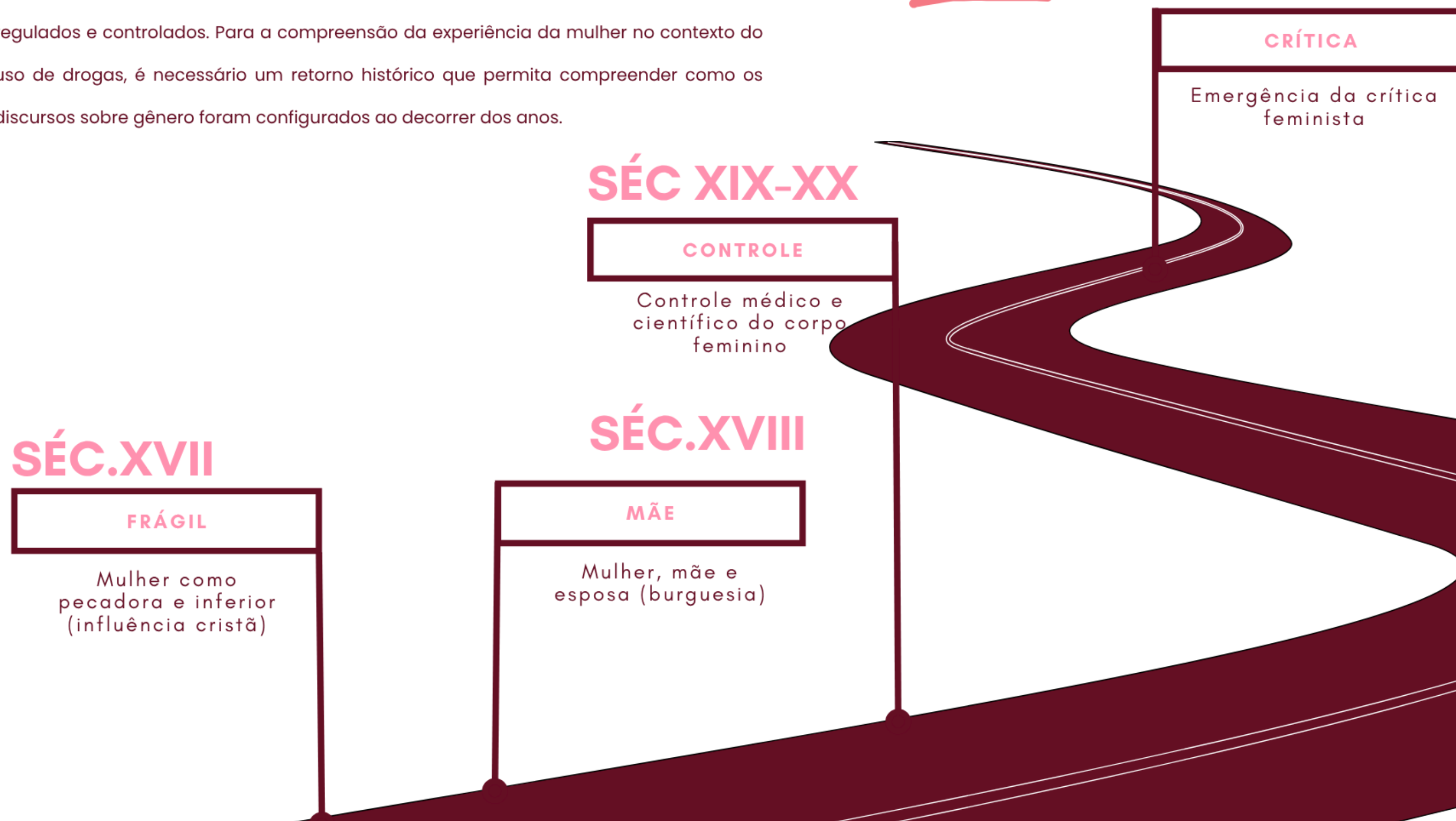
Gráfico 01 - Gráfico da evolução global do uso de drogas.

Fonte: Compilado dos Relatórios Mundiais sobre Drogas do UNODC. Elaborado pela autora.

1.2 O ser: As mulheres e a dependência química

A compreensão da figura feminina é um assunto constante no contexto da história da humanidade, e é importante discutir como o conceito de feminino foi sendo construído ao longo do tempo para entender não apenas o lugar da mulher na sociedade, mas também como sua existência e seus comportamentos foram e continuam sendo regulados e controlados. Para a compreensão da experiência da mulher no contexto do uso de drogas, é necessário um retorno histórico que permita compreender como os discursos sobre gênero foram configurados ao decorrer dos anos.

LINHA DO TEMPO ILUSTRADA



No século XVII, através da forte influência do cristianismo, a figura da mulher era retratada como um ser inferior, imperfeito, pecaminoso e moralmente frágil. Narrativas bíblicas, como a da criação de Eva a partir da costela de Adão, reforçavam a hierarquia entre os sexos, ressaltando o masculino como o centro e padrão da humanidade e o feminino como desvio, uma insuficiência. (NUNES, 2000 apud DA SILVA, 2024). Assim, as mulheres eram vistas a partir da inferiorização moral e física, contribuindo para que fossem constantemente vigiadas e responsabilizadas pela manutenção da ordem doméstica e familiar.

A partir do conceito iluminista do século XVIII, ao atender às necessidades políticas da sociedade burguesa, consolidou uma nova concepção da mulher, agora como mãe e esposa. A prática da amamentação, antes exercida pelas amas de leite, tornou-se “função natural” à identidade feminina, reposicionando-a na sociedade como guardiã da moral e da estabilidade familiar (NUNES, 2000 apud DA SILVA, 2024).

Conforme Laqueur (2001), Galeno médico e filósofo da Antiguidade desenvolveu o “modelo do sexo único” em que apenas o sexo masculino seria pleno e completo. Nesse modelo, o feminino era visto como uma variação imperfeita do masculino, As características anatômicas e psicológicas eram justificativas para a divisão sexual do trabalho e o confinamento das mulheres ao espaço privado, sustentando, que discursos buscavam manter uma estrutura social patriarcal.

Entre os séculos XVII e XVIII, mesmo com o avanço do conhecimento médico, a hierarquia foi mantida. Os órgãos internos do corpo, especialmente os órgãos reprodutivos femininos, se tornaram explicações para a afirmação de que a mulher é “naturalmente” perfeita e destinada à maternidade. A diferença sexual tornou-se fundamento da desigualdade social, e os corpos femininos passaram a ser objetos de controle, e a narrativa dos “dois sexos” serviu como base para normalizar os

papéis atribuídos a homens e mulheres, sustentando uma ideia de que os lugares sociais são determinados pela sua natureza (NUNES, 2000 apud DA SILVA, 2024).

A crítica a esse modelo essencialista emergiu no século XX, por meio das teorias feministas, que tinham como objetivo combater a dominação histórica imposta em relação às mulheres. Desde 1949, Simone de Beauvoir, em sua obra “O segundo sexo”, já apontava que ninguém nasce mulher, mas torna-se mulher:

A MULHER? É muito simples, dizem os amadores de fórmulas simples: é uma matriz, um ovário; é uma fêmea, e esta palavra basta para defini-la. [...] O termo “fêmea” é pejorativo, não porque enraíza a mulher na Natureza, mas porque a confina no seu sexo (BEAUVOIR, 1970, p.25).

Essa afirmação desestabiliza as ideias de naturalidade e essência atribuídas ao feminino. Butler (2010), aprofunda essa crítica ao propor que tanto o gênero quanto o sexo são construções discursivas, mantidas por repetições normativas que performam identidades como se fossem naturais e imutáveis, fazendo parecer natural aquilo que, na verdade, é social e historicamente produzido.

Segundo Alcoff (1993), a identidade deve ser pensada a partir da posicionalidade do sujeito, ou seja, da sua localização social, cultural, geográfica, sexual e econômica. Esse ponto de vista é importante para compreender que as mulheres não formam um grupo uniforme, mas que vivem desigualdades de formas diferenciadas.

Moraes (2011) juntamente com outros estudos na área da saúde, mostram que o uso de drogas também é cruzado por discursos normativos de gênero, que definem o que é considerado aceitável ou não para homens e mulheres. Aplicando essa análise ao contexto do uso de drogas, é notável que os discursos de gênero também estruturam os modos de consumo, as práticas de cuidado e as políticas públicas. Segundo Rodrigo e Ordaz (2012) os modelos de gênero inclinam os homens ao uso de drogas ilícitas e as mulheres às substâncias que seriam

“compatíveis” com as “problemáticas femininas”, quando entram em conflitos emocionais, utilizando-se de substâncias como anfetaminas e psicofármacos. Nesse contexto, mulheres usuárias de drogas são frequentemente colocadas em posições de maior vulnerabilidade simbólica e institucional, sendo representadas como “mães negligentes”, “prostitutas” ou “falhas morais”. Referente a elas, é frequentemente negada a complexidade subjetiva, sendo reduzidas apenas aos estigmas que reafirmam seu afastamento dos padrões normativos de feminilidades já citados. Como aponta Rago (1998, p.58): “é importante que possamos perceber a construção das diferenças sexuais histórica e culturalmente determinadas, desnaturalizando as representações cristalizadas no imaginário social”.

Por isso, a análise das relações entre feminino, discurso e poder torna-se fundamental para pensar políticas públicas de cuidado e acolhimento que não reforcem estigmas, mas que considerem as múltiplas camadas de vulnerabilidade e resistência das mulheres. É a partir dessa visão que a perspectiva interseccional se revela potente, pois nos permite compreender como diferentes formas de opressão sendo elas de gênero, raça, classe ou idade se sobrepõem na experiência das mulheres usuárias de drogas (MORAES, 2011).

Dessa forma, compreendemos que os problemas não se limitam apenas no uso de drogas em si, mas na forma como esse uso é socialmente interpretado, principalmente quando cruzado pela questão de gênero. As mulheres, ao descumprirem os papéis sociais que foram historicamente atribuídos a elas (como o da maternidade, do cuidado e da pureza), são alvo de um julgamento moral muito mais rigoroso do que os homens. Nesse contexto, o uso de substâncias é interpretado como uma falha moral e um desvio das expectativas de feminilidade,

o que acaba reforçando estigmas que afetam diretamente as perspectivas de cuidado e acolhimento para essas mulheres.

Portanto, é fundamental reconhecer a complexidade das vivências femininas que envolvem o uso de drogas – muitas vezes marcadas por violência, desigualdade, abuso e vulnerabilidade –, não naturalizar mas compreender as estruturas que o cercam, é preciso romper com o discurso que tende a criminalizar e estigmatizar essas mulheres, distanciando ainda mais das redes de apoio. O foco é abrir espaço para escuta e políticas públicas que considerem as especificidades e desigualdades de gênero nas trajetórias de mulheres usuárias, reconhecendo os atravessamentos históricos, sociais e de gênero que moldaram discursos e práticas em torno do corpo da mulher.

1.3 A vulnerabilidade feminina e o uso de drogas

As motivações para o início do abuso de drogas manifestam-se de diferentes maneiras quando observamos homens e mulheres, entre eles estão os fatores de risco e de vulnerabilidade. Como já abordado no capítulo anterior, é importante destacar a estigmatização do assunto perante a sociedade, já que o uso de drogas por mulheres não pode ser compreendido de maneira desvinculada das vulnerabilidades construídas a partir do gênero, da classe social, da raça/etnia e da sexualidade, pois tratam-se de marcadores sociais da diferença e produzem desigualdades materiais e simbólicas.

O termo “vulnerabilidade” trata-se de um conceito que surgiu na área dos Direitos Humanos e é usado para identificar pessoas ou grupos que estão em uma posição de desvantagem, no que se refere ao acesso aos seus direitos – seja por falta de acesso à justiça, falta de políticas públicas, exclusão social, etc (AYRES et al., 2006).

É importante citar que um dos primeiros escritos que difundiu o conceito de vulnerabilidade a partir de construções teóricas foi o livro “A aids no Mundo”, produzido pelo Programa das Nações Unidas para a Aids – UNAIDS (AYRES, PAIVA & BUCHALLA, 2012). O livro foi essencial para mostrar que algumas pessoas estão mais expostas ao risco de contrair HIV, dependendo de sua realidade social, econômica, cultural e até emocional, exigindo, assim, uma leitura dos marcadores sociais que estruturam tais desigualdades.

De acordo com Ayres et.al (2006), o termo vulnerabilidade é usado para identificar a fragilidade da pessoa a problemas de saúde. A exposição a complicações de saúde é influenciada tanto por aspectos individuais quanto contextuais, tornando alguns grupos mais propensos a agravos e com menos ferramentas para enfrentá-los.

No contexto do uso de substâncias psicoativas por mulheres, é importante entender a diferença entre os conceitos de risco e vulnerabilidade. A vulnerabilidade pode ser entendida e relacionada a todo e cada indivíduo ou grupo social e às possibilidades de adoecimento, de não adoecimento e de enfrentamento. Já o conceito de risco, refere-se a probabilidade de que um agravo à saúde ocorra, baseado em determinadas características ou comportamentos. Ao observar um grupo populacional, a epidemiologia busca calcular a chance desse grupo desenvolver doenças físicas, psicológicas ou sociais. Contudo, essa leitura tende a rotular determinados sujeitos como “grupos de risco”, o que pode reforçar estigmas e preconceitos, principalmente no caso das mulheres (BERTOLOZZI et al, 2009; GARCIA & SOUZA, 2010).

Portanto, é necessário ir além da lógica do “grupo de risco” e analisar a noção de comportamento de risco, portanto, ligados ao contexto social e não apenas às decisões pessoais. O conceito de vulnerabilidade, surge como um indicador de

desigualdade e iniquidade social, revelando como determinados grupos estão mais expostos não por suas escolhas individuais, mas por um conjunto de determinantes estruturais que podem vir a favorecer as infecções, os adoecimentos e as exclusões sociais. Ou seja, a vulnerabilidade precede o risco, pois ela mostra os cenários onde o risco se instala, podendo ampliar ou reduzir as chances de enfrentamento e cuidado (BERTOLOZZI et al., 2009).

Conforme Ayres et al. (2002), a partir do conceito de vulnerabilidade, a autora destaca três dimensões interdependentes: a individual, a social e a programática. Essa abordagem busca superar a separação entre indivíduo e sociedade, considerando que a vulnerabilidade deve ser analisada a partir da unidade “indivíduo-coletivo”, ou seja, como um ser em constante relação com seu entorno (MUÑOZ SÁNCHEZ E BERTOLOZZI, 2007).

Na análise da dimensão individual, entende-se que toda pessoa pode adoecer ou se proteger, sendo esse processo condicionado por fatores físicos, emocionais, comportamentais e subjetivos, sendo assim, o indivíduo é compreendido como agente ativo de sua trajetória (AYRES, PAIVA & FRANÇA JR., 2012).

Já a dimensão social da vulnerabilidade demonstra os aspectos contextuais que estruturam essas trajetórias individuais, tais como: desigualdades de gênero, raça, classe, idade, escolaridade, pobreza, a exclusão social, a ausência de vínculos familiares estáveis e a convivência com ambientes de violência, fatores que acentuam o risco de adoecimento (MEDEIROS, 2014). Através desses múltiplos cenários ocorrem as opressões que incidem diretamente sobre as mulheres que fazem uso de substâncias.

A dimensão de vulnerabilidade programática diz respeito às instituições públicas que atendem as necessidades desses grupos vulneráveis. Sobretudo, as que são destinadas a serviços de saúde, educação, bem-estar social, justiça e cultura, e

como utilizam instrumentos que possam reduzir, reproduzir ou argumentar as condições de vulnerabilidade (AYRES, PAIVA & FRANÇA JR., 2012). No caso das mulheres em situação do uso abusivo de drogas, é possível observar uma lacuna significativa nas políticas públicas, especialmente no que envolve à saúde, à assistência social e ao acolhimento especializado.

Nunes (2006), reforça que a partir do ponto de vista social a vulnerabilidade pode se manifestar de modo coletivo ou individual, em diferentes culturas, grupos e etnias. A partir disso, a vulnerabilidade torna-se um conceito importante no sentido de direcionar grupos humanos a identificarem fatores de risco. O estudo desse conceito, pode ser associado a compreensão do fenômeno do uso de drogas por mulheres, contribuindo para a construção de ações mais eficazes de enfrentamento (MEDEIROS, 2014).

Ademais, é fundamental reconhecer que a experiência do uso de drogas entre as mulheres se insere em contextos específicos que podem influenciar diretamente, tanto a aproximação inicial, quanto a continuidade do consumo. Segundo Marangoni (2010) é necessário entender as condições ambientais e psicológicas nas quais essas mulheres vivem. Esses contextos são expressos em diferentes etapas da trajetória do uso de substâncias: a aproximação (o que motivou o primeiro contato), o envolvimento (como o uso foi se consolidando na rotina), a dependência (a percepção da perda de controle), a busca por tratamento (motivações e barreiras), e a manutenção ou não da abstinência (influenciada por fatores de apoio ou recaída).

Pesquisas nacionais e internacionais demonstram que as mulheres tendem a ser mais vulneráveis aos efeitos nocivos do uso de substâncias psicoativas, especialmente o crack. Estudos mostram uma série de agravos à saúde associados ao consumo dessa substância: doenças cardíacas e respiratórias,

depressão, psicose aguda, insônia e lesões físicas recorrentes, como queimaduras nos lábios, dedos e boca. Além desses danos fisiológicos, destaca-se o sofrimento psíquico, que frequentemente é agravado pela ausência de uma rede de apoio e pela recorrência de violências de gênero.

Marangoni (2009) aprofunda sua análise ao apontar fatores que ampliam a vulnerabilidade das mulheres ao uso de drogas. O gênero, por exemplo, trata-se de um fator determinante de desigualdade no acesso à saúde, sendo as mulheres historicamente menos privilegiadas que os homens. Dados nos mostram que mulheres adoecem mais ao longo da vida e, quando fazem uso de drogas, estão mais expostas a situações como a troca de sexo por substâncias, abusos sexuais e agressões físicas.

A discriminação se intensifica ainda mais quando relacionado ao exercício da maternidade, reforçando ainda mais uma visão simplificada e preconceituosa sobre os impactos do uso de drogas na vida das mulheres e de seus filhos. O uso de substâncias psicoativas durante a gestação é tratado como uma questão séria de saúde pública e de impacto social, não só pelos riscos obstétricos, mas também pelas consequências emocionais e sociais que podem surgir. Embora o consumo de drogas seja frequentemente percebido como incompatível com o papel materno, muitas mulheres tendem a reduzir ou até param de fazer o uso dessas substâncias durante a gestação, tentando se aproximar ao que a sociedade espera delas enquanto mães (OLIVEIRA, 2016, p.89).

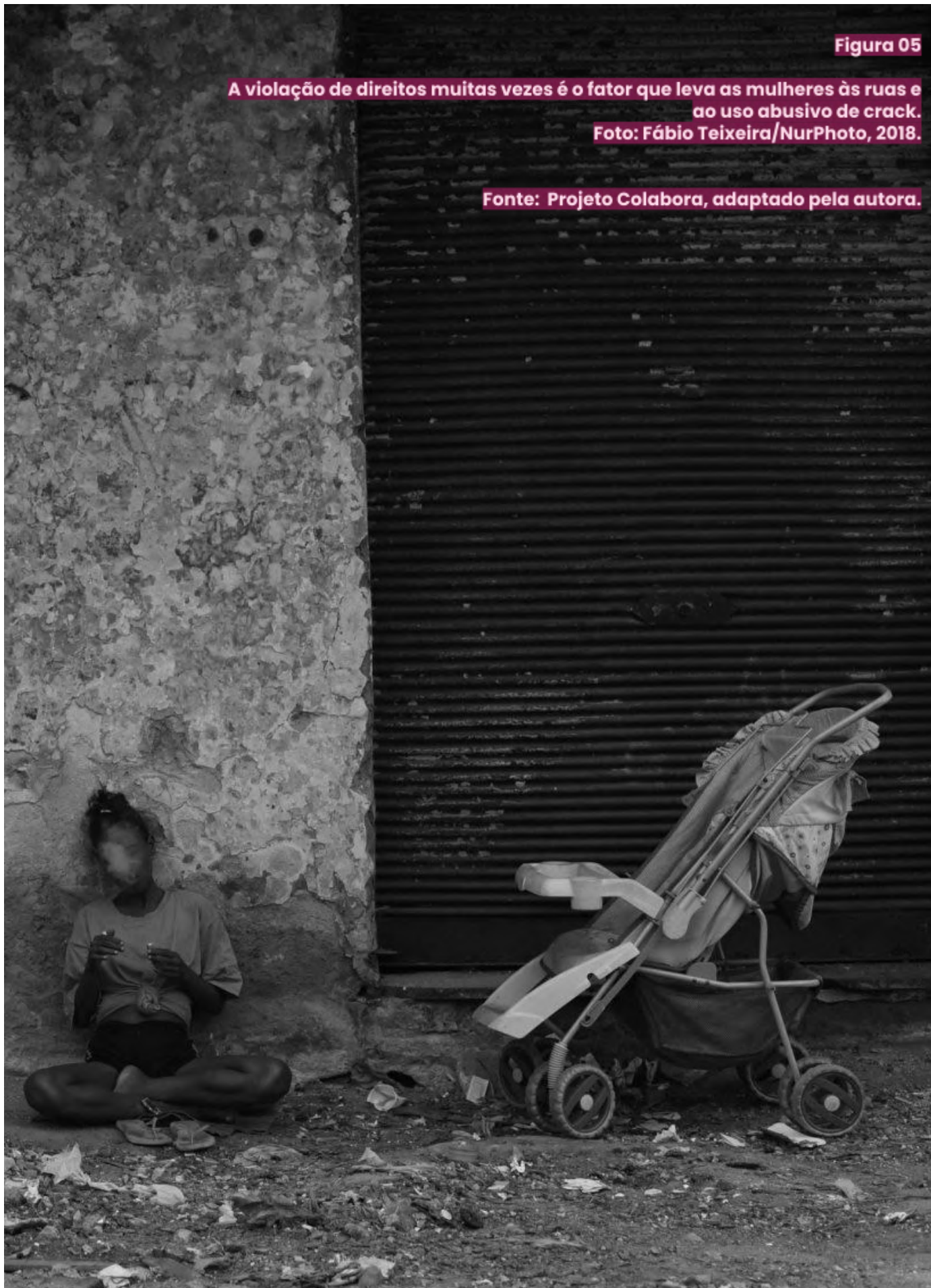


Figura 05

A violação de direitos muitas vezes é o fator que leva as mulheres às ruas e ao uso abusivo de crack.
Foto: Fábio Teixeira/NurPhoto, 2018.

Fonte: Projeto Colabora, adaptado pela autora.

A idade também exerce influência, quando jovens e adultas estão em um período da vida marcado por impulsividade, aceitação em grupos sociais e maior exposição a comportamentos de risco. A baixa escolaridade está associada à menor inserção no mercado de trabalho formal, o que, por sua vez, pode impactar na autonomia financeira, gerando a dependência em parceiros ou atividades ilegais, por esse motivo também é dificultado o acesso a serviços de cuidado. Outro aspecto relevante é a fragilidade dos vínculos com instituições fundamentais, como família, escola e trabalho. Mulheres com redes de apoio frágeis, ausentes ou violentas têm menos acesso a recursos de proteção e cuidado. Da mesma forma, as comorbidades psiquiátricas, como depressão, ansiedade ou transtornos psicóticos, são frequentemente associadas tanto ao início do uso quanto à dificuldade em interrompê-lo. Em muitos casos, o uso de drogas surge como uma tentativa de automedicação frente a um sofrimento psíquico profundo e silenciado. Conflitos com a lei e envolvimento com o tráfico de drogas agravam ainda mais a situação de vulnerabilidade. Muitas mulheres acabam se tornando dependentes de traficantes, seja por dívida, por relações afetivas abusivas ou por coação, o que as expõe a uma dinâmica contínua de violência, medo e submissão (Medeiros, 2014). Essa realidade (figura 05) evidencia a necessidade de políticas públicas integradas que não apenas ofereçam tratamento, mas que também compreendam as trajetórias dessas mulheres em sua complexidade, com acolhimento sensível às suas vivências e às múltiplas formas de violência que atravessam seus corpos e subjetividades.

A vulnerabilidade feminina no contexto do uso de drogas excede o campo individual, sendo atravessada por fatores sociais, institucionais e culturais que agravam ainda mais a condição de exclusão vivida por essas mulheres.

1.4 Perfil das mulheres usuárias de substâncias: um olhar necessário

A estigmatização enfrentada pelas mulheres que fazem uso de drogas não vem apenas da sociedade em geral, mas muitas vezes dos próprios homens que compartilham os mesmo contextos de consumo. Essa discriminação reforça a ideia equivocada de que o uso de substâncias seria algo “típico do masculino”, e isso gera impactos profundos na forma como essas mulheres vivem, se relacionam e buscam (ou deixam de buscar) ajuda (JALIL et al., 2013, p.87).

Neste tópico serão apresentados dados que permitem compreender melhor o perfil das mulheres usuárias de crack e/ ou similares no Brasil, com base nos resultados da Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack, elaborada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) entre os anos de 2012 e 2013, em parceria com o Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT).

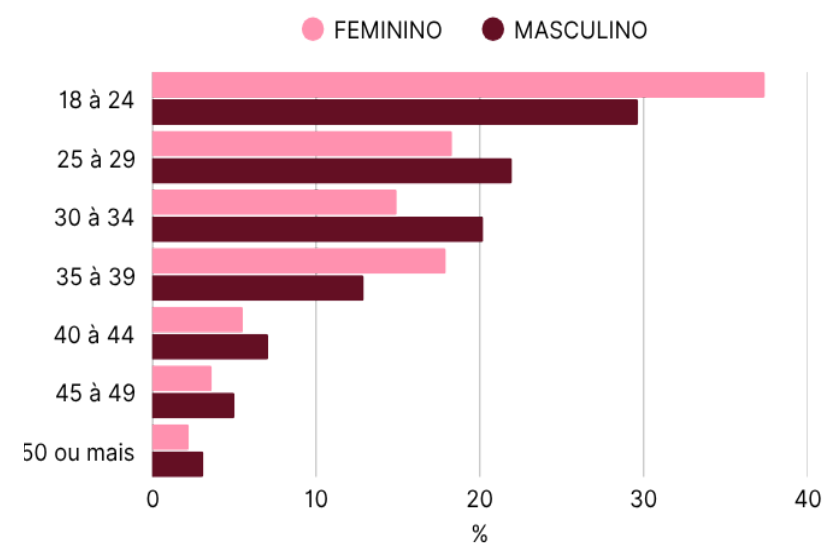
1.4.1 Características Sociodemográficas

De modo geral, entender o perfil demográfico dos usuários, incluindo a faixa etária, sexo, escolaridade, cor, estado civil, se já foi ou não condenado, se utiliza atividade ilícita para obter dinheiro ou drogas e qual o tipo de moradia, é fundamental para a elaboração de tratamentos adequados e reinserção social.

Os gráficos apresentados a partir da página 88 do documento da Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack pela Fundação Oswaldo Cruz, mostram a distribuição etária dos usuários de crack e similares segundo o sexo e em diferentes grupos de municípios, com base nos dados coletados nesses anos. Essas

informações são importantes para identificar padrões de consumo e as particularidades relacionadas ao gênero e ao ambiente social, possibilitando compreender melhor as dinâmicas.

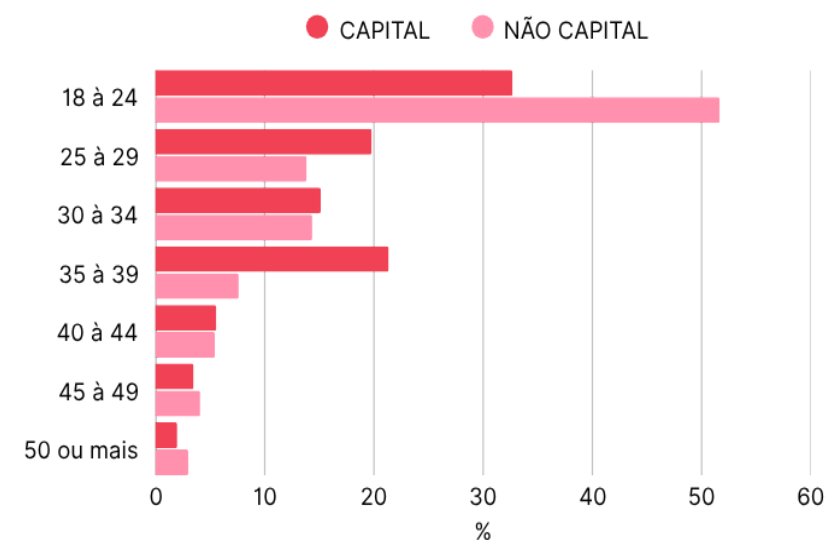
GRÁFICO 02 - FAIXA ETÁRIA DOS USUÁRIOS DE CRACK E/OU SIMILARES SEGUNDO SEXO NO PAÍS, ENTRE 2012 E 2013



Fonte: Pesquisa Nacional sobre o uso de crack (FIOCRUZ). Adaptado pela autora.

Para os **homens** a concentração é maior no grupo etário dos 18 e 24 anos. Já para as **mulheres**, há uma distribuição mais uniforme entre 18 à 24 anos e mulheres na faixa dos 35 à 39 anos.

GRÁFICO 03: FAIXA ETÁRIA DAS MULHERES USUÁRIAS DE CRACK E/OU SIMILARES POR GRUPO DE MUNICÍPIOS, ENTRE 2012 E 2013



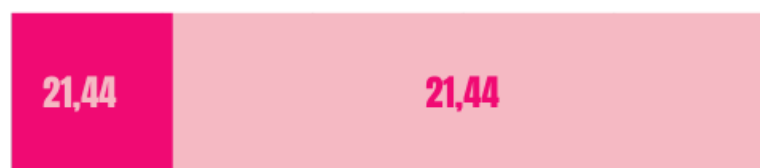
Fonte: Pesquisa Nacional sobre o uso de crack (FIOCRUZ). Adaptado pela autora.

Mulheres usuárias jovens (principalmente entre 18 e 24 anos) é maior em municípios com maior densidade populacional e centros urbanos, enquanto em municípios de menor porte apresentam uma distribuição etária mais dispersa após os 24 anos.

“INTERVENÇÕES DEVEM SER MAIS EFICAZES E INCLUSIVAS”

O relatório da Fiocruz (2012) apresenta um panorama detalhado do perfil sociodemográfico das mulheres usuárias de crack e/ou similares no Brasil, com distinção entre os contextos urbanos de capitais e não capitais. Os dados reforçam a multiplicidade de vulnerabilidades que atingem essa população, evidenciando aspectos relacionados à cor, escolaridade, status marital, moradia, trabalho, estudo, envolvimento com o sistema penal e outros indicadores sociais.

Características sociodemográficas de mulheres usuárias de crack e/ou similares - Cor (Brasil)



■ Branca
■ Não-branca

Gráfico 04 : Características sociodemográficas - Cor
Fiocruz, 2013
Adaptado pela autora

RACISMO ESTRUTURAL PODE SE ASSOCIAR AS VULNERABILIDADES

MULHERES NEGRAS E PARDAS, DESIGULDADES HISTÓRICAS

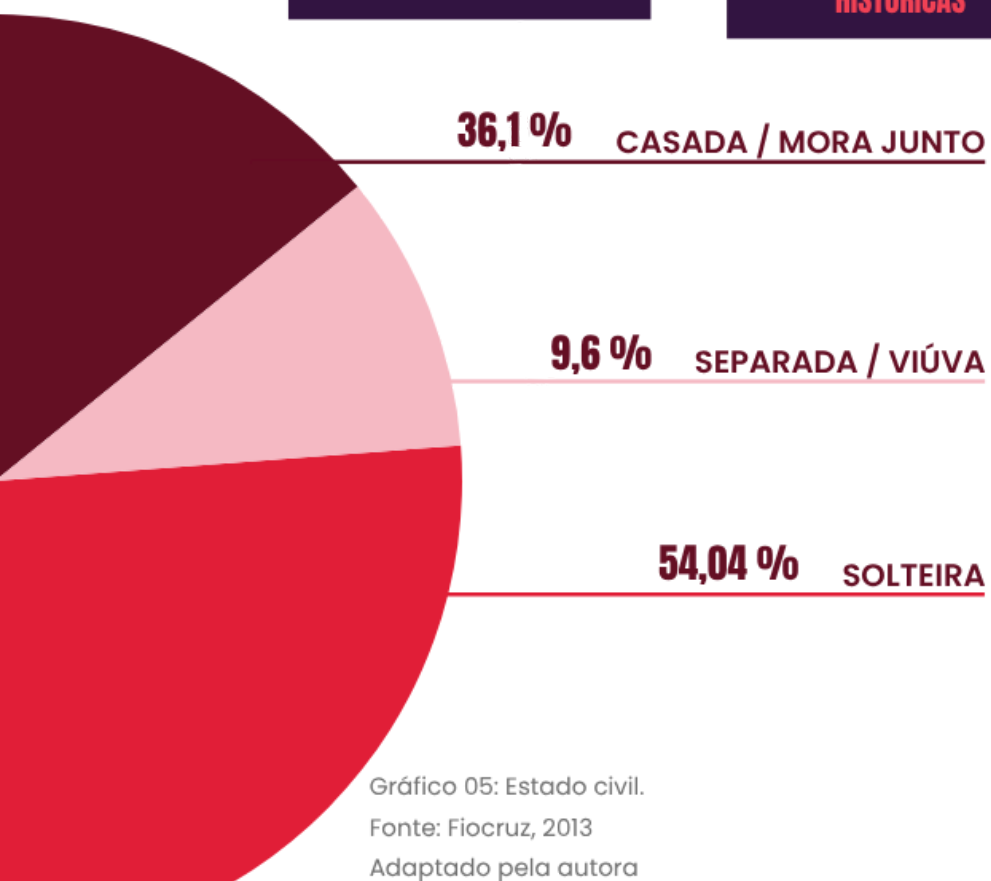


Gráfico 05: Estado civil.
Fonte: Fiocruz, 2013
Adaptado pela autora

Analisando os dados do **estado civil**, o maior percentual é de mulheres solteiras (54,04% no total nacional), seguido das que vivem com companheiro/marido (32,68%). Os dados indicam que muitas usuárias **não têm um núcleo familiar estruturado**, o que pode impactar diretamente em sua rede de apoio social e afetiva.

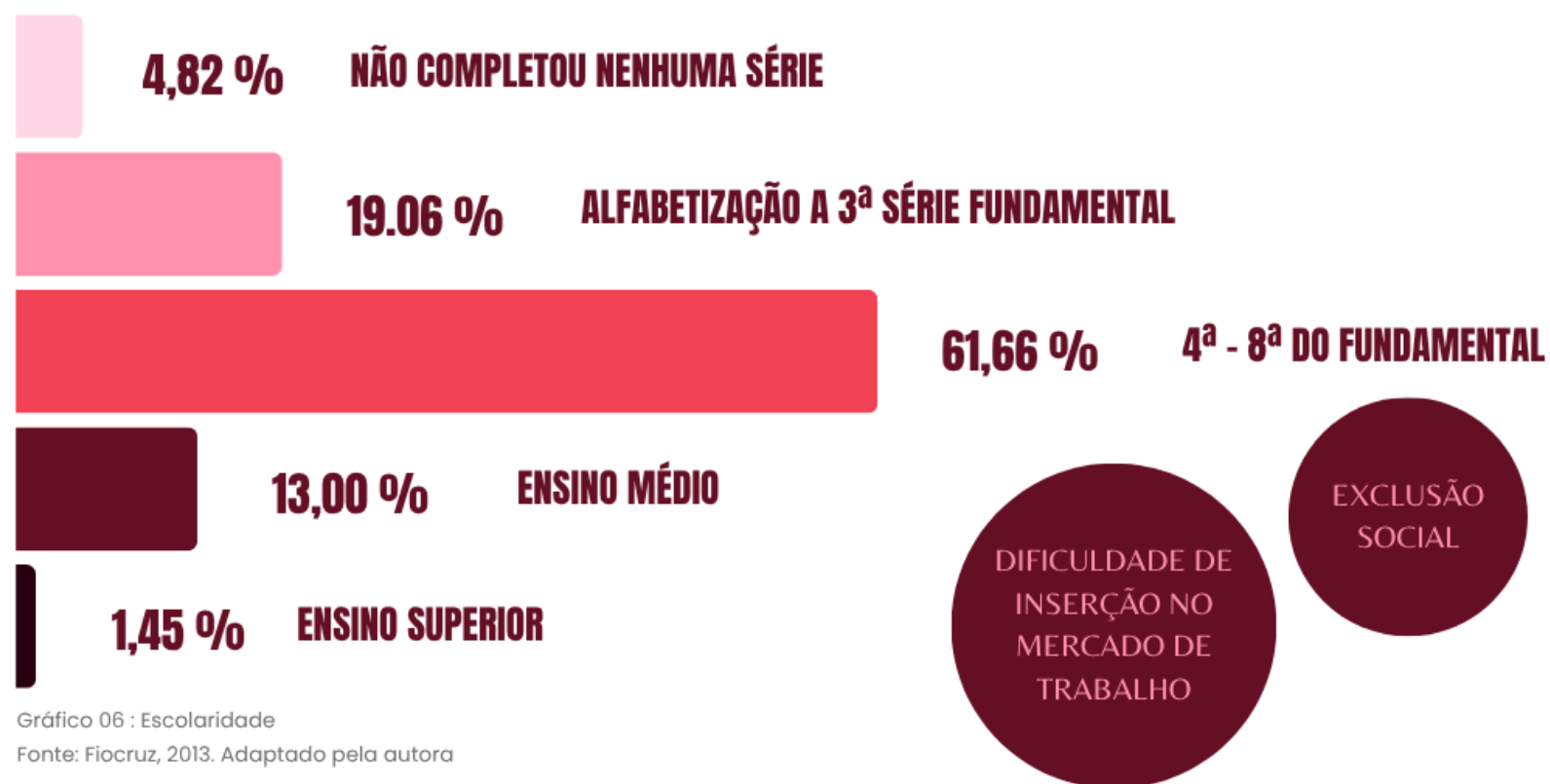
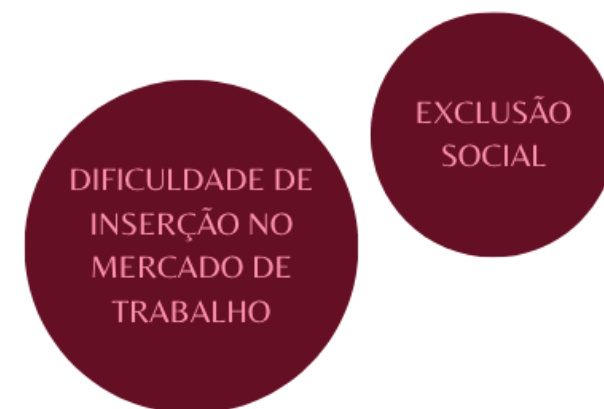


Gráfico 06 : Escolaridade
Fonte: Fiocruz, 2013. Adaptado pela autora



A **escolaridade** dessas mulheres é, em sua maioria, baixa: 66,69% têm, no máximo, o Ensino Fundamental completo (somando alfabetizadas até a 8ª série), sendo que apenas 1,45% possui ensino superior. Sobre a **situação educacional** atual, apenas 2,14% das mulheres usuárias estão estudando, o que reforça a exclusão educacional persistente.

Trabalho sexual ou troca de sexo por dinheiro



Gráfico 07: Trabalho sexual. Fonte: Fiocruz, 2013. Adaptado pela autora

Atividade ilícita para obter dinheiro ou drogas



Gráfico 08: Atividades ilícitas para obtenção de renda. Fonte: Fiocruz, 2013. Adaptado pela autora

Essa realidade escancara a precariedade das condições de vida dessas mulheres, que muitas vezes recorrem à economia informal ou criminalizada como única forma de sobrevivência. Esses dados reforçam a importância de **considerar as especificidades de gênero, raça e território no enfrentamento ao uso de drogas.**

1.5 Evolução das políticas públicas brasileiras sobre o enfrentamento do consumo abusivo de drogas

As políticas públicas tratam-se de um conjunto de ações que tem como objetivo organizar a sociedade garantindo os direitos sociais de todas as pessoas, em diversas áreas. Essas ações são obrigação do Estado brasileiro em níveis federal, estadual e municipal visando o bem coletivo, envolvendo várias pessoas e instituições nesse processo (SANTOS & OLIVEIRA, 2013).

Como destaca Santos e Oliveira (2013), a partir do século XX o uso e a circulação de drogas viraram um grande problema de saúde pública mundial, devido à dependência decorrente de seu uso, os efeitos graves que não afetam somente o corpo biológico, mas também o estado mental e psicológico. Os fatores anteriores trazem implicações significativas para o modo de vida da sociedade, onde ocorrem o aumento da violência, dos problemas familiares, da exclusão social, dentre outros.

A partir de 1980, o Brasil passou a organizar, de forma mais sistemática, as políticas públicas voltadas ao enfrentamento do consumo abusivo de drogas. Nesse período o Conselho Federal de Entorpecentes (COFEN) foi responsável por formular essas políticas. Embora as atuações desse órgão tenham favorecido as atividades de repressão ao tráfico, houve também iniciativas que apoiaram pesquisas voltadas à prevenção, o apoio às comunidades terapêuticas e a implementação de práticas de redução de danos, principalmente em relação a doenças como HIV entre os usuários de drogas injetáveis (SANTOS & OLIVEIRA, 2013).

Em 1998, foi criado o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), substituindo o COFEN e agora responsável pela criação de regras e orientações para o controle das

drogas na sociedade. No mesmo período, foi criada também a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), a partir do documento da Sessão Especial da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas - UNGASS/1998, que mobilizou diversos setores para a reformulação da política antidrogas brasileira, tratada a partir de então como um assunto de Segurança Nacional. (SANTOS & OLIVEIRA, 2013).

Em 2002, o CONAD implementou a Política Nacional Antidrogas, que foi oficializada pelo Decreto nº4.345, de 2002. Essa política reforçava a ideia de uma sociedade livre do uso de drogas ilícitas e do uso indevido das lícitas. No mesmo ano, a Lei nº 10.409 tratava sobre o direito ao tratamento multiprofissional para usuários e dependentes, envolvendo suas famílias sempre que possível. Essa legislação também inseriu no Brasil o conceito de redução de danos, atribuindo ao Ministério da Saúde a responsabilidade de sua regulamentação. (SANTOS & OLIVEIRA, 2013).

Em 2005, Programas de redução de danos e a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras drogas ajudaram a tratar o tema, não apenas como uma questão de segurança pública, mas como uma questão de saúde que exige políticas integradas e humanizadas. A nova Política Nacional sobre Drogas, aprovada pelo CONAD, declarou a importância da prevenção, do tratamento, da recuperação e da reinserção social dos usuários de álcool e drogas. Foram reconhecidas inclusive as diferenças entre a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante; priorizando ações preventivas e incentivando as ações de redução de danos. Além disso, afirmando que toda pessoa tem o direito de receber tratamento para a drogadição (SENAD, 2005).

Em 2006, com a promulgação da Lei nº 11.343, que revogou as leis anteriores, foi estabelecido um novo modelo para a política de drogas no país. A lei trouxe avanços significativos ao distinguir o usuário do traficante e ao prever ações

voltadas para a prevenção, à atenção à saúde e a reinserção social. Como estabelece o artigo 22 da Lei nº11.343/2006:

[...] Art. 22. As atividades de atenção e as de reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares devem observar os seguintes princípios e diretrizes:

I - respeito ao usuário e ao dependente de drogas, independentemente de quaisquer condições, observados os direitos fundamentais da pessoa humana, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Assistência Social;

II - a adoção de estratégias diferenciadas de atenção e reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares que considerem as suas peculiaridades socioculturais;

III - definição de projeto terapêutico individualizado, orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e de danos sociais e à saúde;

IV - atenção ao usuário ou dependente de drogas e aos respectivos familiares, sempre que possível, de forma multidisciplinar e por equipes multiprofissionais[...] (BRASIL, 2006, Art.22).

Dessa forma, a política passa a admitir que o enfrentamento ao uso abusivo de drogas exige mais do que repressão, exige acolhimento, tratamento e oportunidades de reintegração social.

Complementando essa análise, o artigo “A (in)visibilidade das mulheres na política de drogas”, publicado na Revista PPC - Políticas Públicas e Cidades (2025), mostra que mesmo diante de legislações “inclusivas”, os serviços ainda são inadequados às demandas femininas. A tabela 01 retirada da publicação apresenta os avanços e omissões das políticas de drogas a partir de uma perspectiva de gênero:

	ANO	DOCUMENTO	DO QUE SE TRATA	FREQUÊNCIA DOS TERMOS: GÊNERO, MULHER(ES), MENINA
1	2019	Política Nacional sobre Drogas Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019	O objetivo do documento é garantir o direito à assistência intersetorial, interdisciplinar e transversal, a partir da visão holística do ser humano, com tratamento, acolhimento, acompanhamento e outros serviços, às pessoas com problemas decorrentes do uso, do uso indevido ou da dependência do álcool e de outras drogas.	Mulher (0) Menina (3) Gênero (2)
2	2010	Plano Integrado de enfrentamento ao Crack e outras drogas. Presidência da República. Brasília. DF. 2010.	Atenção e cuidado em saúde para os usuários, prevenção ao uso e enfrentamento ao tráfico de drogas são os eixos do Programa.	Mulher (0) Menina (3) Gênero (2)
3	2013	Cartilha Crack é possível vencer	A cartilha tem o objetivo de promover a atenção integral ao usuário de drogas bem como enfrentar o tráfico de drogas.	Mulher (0) Menina (3) Gênero (2)
4	2015	Guia Estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas do Ministério da Saúde	Documento formulado para trabalhadores da saúde que lidam com usuários com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas nas redes de atenção do sistema único de saúde (SUS), especialmente, na rede de atenção Psicossocial (RAPS)	Mulher (1) Menina (3) Gênero (2)

Tabela 01: Documentos analisados - A (in)visibilidade das mulheres na política de drogas

Fonte: Revista PPC - Políticas Públicas e Cidades, 2025. Adaptado pela autora

O Quadro 1 evidencia que, por muitos anos, a mulher usuária não era sequer reconhecida como sujeito político nas normativas. Aspectos como **maternidade, gestação, violência de gênero, saúde sexual e reprodutiva** foram ignorados pelas ao formularam e executarem essas políticas.

1.5.1 Políticas públicas de tratamento à saúde das mulheres

Historicamente a sociedade e o Estado enxergavam o uso abusivo de drogas como um problema que acontecia principalmente entre pessoas pobres e criminosas, por isso, durante muito tempo as medidas de combate do Estado tratavam a questão de drogas de forma policial e repressiva (SILVA, 2005 APUD DA SILVA, 2012). Assim, a mulher usuária de drogas passou a enfrentar um problema duplo por ser usuária e por não seguir os padrões de feminilidade impostos.

Conforme cita Fonseca (2009) a figura feminina é vista não apenas como uma dependente química, mas como uma mulher que falhou em seus papéis sociais tradicionais. As primeiras políticas públicas, citadas no capítulo anterior, não apresentavam nenhum tipo de distinção de gênero em suas diretrizes, e sempre colocavam a figura masculina como usuário principal. Dessa forma, o tratamento possui uma abordagem generalista que desconsidera as especificidades femininas e acabam reproduzindo mais situações onde conseguimos observar a exclusão, preconceito e conseqüentemente o abandono do tratamento por parte das usuárias, por serem estigmatizadas como: mulheres promíscuas, péssimas esposas e mães para seus filhos (MEDEIROS, 2013).

De acordo com Medeiros (2013), atualmente o debate busca conscientizar as mulheres de seu espaço diante da sociedade mostrando que são cidadãs possuíntes de direitos, e que antes de serem esposas, mães e donas de casa, são seres humanos que precisam ser valorizados, acolhidos e encaminhados para tratamentos adequados pelo uso de substâncias psicoativas.

O tratamento prestado a elas deve ter uma abordagem focada, buscando minimizar os impactos já causados pelo uso de substâncias e pela estigmatização presenciada diariamente. O tipo de abordagem que acolhe o indivíduo é necessária, e a partir disso tem-se a evolução e adesão ao tratamento, minimizando os prejuízos já causados pelo uso abusivo de drogas. (HOCHGRAF E ANDRADE, 2006).

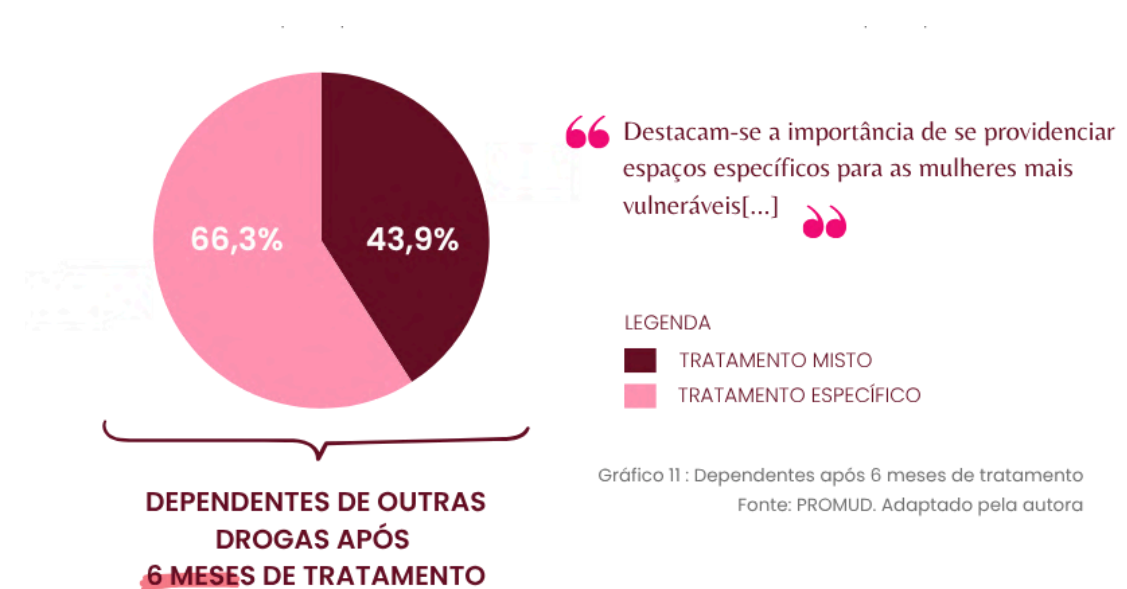
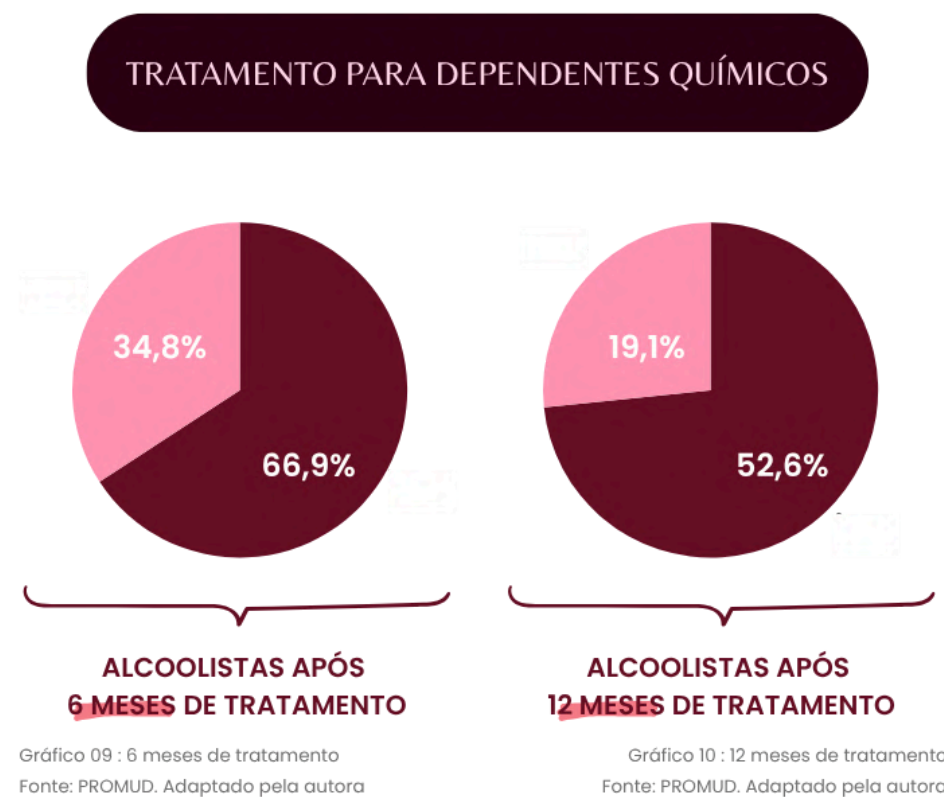
Apesar da evolução e da criação de políticas públicas focadas no enfrentamento das drogas no país, a perspectiva de gênero ainda evolui de forma lenta. Em 2004, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que tem como objetivo reconhecer a saúde da mulher além da gravidez e maternidade (saúde reprodutiva), expandindo o entendimento, mostrando que não se resume a esses papéis e que é de muita importância tratar aspectos como a saúde mental e o enfrentamento das violências (BRASIL, 2004).

É necessário observar que essa política não foi totalmente integrada com as diretrizes estabelecidas pela política sobre drogas, o que gera lacunas no atendimento ao público feminino, já que no âmbito nacional não existe uma política pública nacional estruturada e focada em atender especificamente pessoas do sexo feminino em situação de dependência química. Ou seja, não existe um plano oficial respaldado pelo governo federal voltado exclusivamente para as necessidades dessas mulheres. De modo geral, as políticas são elaboradas para o atendimento ao público masculino, o que evidencia a falta de atenção às mulheres nesse contexto (MEDEIROS, 2013).

Com o aumento do número de mulheres envolvidas com o uso abusivo de drogas, o Brasil criou alguns programas pioneiros específicos para mulheres, como exemplo é possível citar o Programa de atendimento à Mulher Dependente Química (PROMUD), fundado em 1996, associado ao Grupo Interdisciplinar de Estudos de

Álcool e Drogas (GREA), do Instituto de Psiquiatria dos Hospitais das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPQ-HC-FMUSP), que trata-se de uma iniciativa voltada especificamente para o público feminino. Contando com uma equipe multidisciplinar o tratamento oferecido pelo programa é feito por profissionais de várias áreas da saúde, oferecendo a paciente um atendimento completo, voltado exclusivamente para mulheres diagnosticadas com dependência de substâncias psicoativas, levando em conta as particularidades existentes entre o atendimento a homens e mulheres na relação com as substâncias (PROMUD).

Medeiros (2013) aponta as diversas pesquisas realizadas diante desse assunto, o tratamento de modo específico para mulheres em programas devidamente especializados, mostra que é possível uma maior adesão e continuidade diante de um tratamento misto. Conforme um estudo desenvolvido pelo PROMUD:



Como pode-se verificar pelo gráfico, a adesão de pacientes ao tratamento quando específico é maior do que tratamentos mistos. No cenário atual, é importante criar espaços específicos pensados para as necessidades delas, buscando entender que o uso de drogas entre mulheres está geralmente ligado a outros problemas (como violência, pobreza, maternidade, saúde mental, autoestima, etc.).

Brasiliano (2011) fala que esses espaços devem oferecer serviços especializados, afirmando que:

[...] assistência social, assistência legal, atendimento familiar, profissionais que trabalhem especificamente questões ligadas a auto estima e ao corpo (por exemplo, nutricionistas e terapeutas ocupacionais) e grupos de psicoterapia formado apenas por mulheres, seriam mais eficazes para mulheres dependentes químicas.[...]" (BRASILIANO, 2011 apud MEDEIROS, 2014, p.58).

Atualmente, apesar de estarem procurando mais tratamento, elas ainda são minoria. Muitas vezes, elas acabam "escondidas" ou atendidas em locais que não são especializados no tratamento da dependência química. Muitas mulheres acabam pedindo ajuda em hospitais, mas não necessariamente para tratar a

dependência, e sim por conta da violência sofrida ou problemas causados pelas drogas; delegacias e prisões, porque muitas vezes acabam sendo presas por envolvimento com tráfico ou uso de drogas. (ZILBERMAN et al., 2003).

Segundo dados do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN):



Figura 06 : Dependentes após 6 meses de tratamento
Fonte: DEPEN, 2011. Adaptado pela autora

Baseado nesses dados, é evidente como o tratamento inadequado e a ausência de políticas públicas efetivas acabam empurrando essas mulheres para um ciclo de exclusão, violência e criminalização, ao invés de oferecer suporte e reabilitação.



Figura 06

Usuários de drogas na antiga rodoviária de Campo Grande.
Foto: Paulo Francis, 2022.

Fonte: Campo Grande News, adaptado pela autora.

1.6 A recuperação e a reinserção social no contexto da dependência química

O processo de recuperação da dependência química é entendido, atualmente, como um fenômeno complexo que vai além da “simples” abstinência. Para a recuperação do indivíduo não basta apenas parar de usar a substância, mas sim romper um ciclo inteiro de comportamentos autodestrutivos para que se desenvolva uma nova estabilidade tanto no aspecto psicológico quanto no aspecto social. (DE LEON, 2003 APUD MATA, 2016). É importante pensar que a recuperação é um processo que possui diversos desafios para pessoas que já estão fragilizadas e vulneráveis.

A definição do termo recuperação, surge da palavra “recovery” que teve seu surgimento em meados dos anos 70 dentro do movimento chamado de desinstitucionalização, ou seja, quando se começou a retirar pessoas com transtornos mentais dos hospitais psiquiátricos e buscar reintegrá-las na sociedade, então o “recovery movement” surgiu como um movimento desses pacientes por seus direitos (BONADIO, 2010). Nas drogas, recovery não significa apenas “ficar limpo” após um tratamento, o conceito representa um processo longo, contínuo e dinâmico onde o usuário vive mantendo sua saúde e cuidando de si próprio. A recuperação é portanto um caminho que inclui recaídas, avanços e evoluções pessoais (MATA, 2016). Esse conceito mais amplo da recuperação foi discutido internacionalmente, em especial a partir do movimento conhecido como “recovery movement”, que busca redefinir a estigmatização das políticas públicas destinadas às pessoas que sofrem com a dependência química. Ele propõe uma abordagem mais integral, que considera a trajetória do sujeito, suas escolhas e

seus contextos sociais e culturais (YATES, 2010 APUD MATA,2016). Um dos aspectos centrais defendidos por esse movimento é o reconhecimento da diversidade de trajetórias possíveis na recuperação. Existem usuários que encontram suporte em programas baseados no uso de medicamentos; outros, em grupos de mútua ajuda como Alcoólicos Anônimos ou Narcóticos Anônimos; alguns optam por propostas religiosas, ou mesmo por uma recuperação espontânea (natural recovery), sem apoio externo formal (MATA, 2016).

No Brasil, essa abordagem encontrou respaldo no processo de Reforma Psiquiátrica, que se consolidou a partir da década de 1990 e deu origem a locais de cuidado, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e, mais especificamente, os CAPS AD, voltados ao atendimento de usuários de álcool e outras drogas. Essa rede substitui o modelo manicomial, criticado por isolar e estigmatizar indivíduos, promovendo em seu lugar um cuidado comunitário e centrado na autonomia do paciente (AMARANTE, 2007).

A atuação dos CAPS AD evidencia que a recuperação deve ocorrer na vida do indivíduo, respeitando suas referências culturais, sociais e afetivas. Isso demanda uma rede de atenção que proporcione os serviços de saúde, assistência social, habitação, cultura e educação. No contexto brasileiro, essa articulação é essencial para superar as barreiras estruturais que dificultam a reintegração de pessoas que vivenciam a dependência química.

Além disso, a recuperação da dependência química deve ser entendida como um processo que envolve não apenas a abstinência, mas também a reabilitação psicossocial, a reinserção social e a inclusão social. Enquanto a reabilitação psicossocial foca no indivíduo e em suas habilidades pessoais, a reinserção social busca integrar o indivíduo ao contexto institucional e comunitário, e a inclusão

social visa garantir seus direitos de cidadania e promover sua autonomia (SANCHES; DALLA VECCHIA, 2018).

Segundo Sanches e Dalla Vecchia (2018), a reabilitação psicossocial busca trazer de volta a autonomia a partir do fortalecimento das habilidades e da reorganização de suas relações sociais. Esse processo envolve também o acesso à moradia, trabalho, educação e cultura, para uma vida integrada à sociedade.

Os mesmos autores também destacam que os termos “reabilitação psicossocial”, “reinserção social” e “inclusão social” costumam ser usados como sinônimos, mas possuem distinções importantes. A reabilitação psicossocial tem a ver com o sujeito e suas capacidades; a reinserção social refere-se ao retorno ao convívio institucional e comunitário; e a inclusão social envolve o acesso aos direitos de cidadania e à participação na vida pública (SANCHES; DALLA VECCHIA, 2018). Portanto, a infraestrutura dos espaços de cuidado também deve considerar esses níveis de inserção e pertencimento.

Nesse sentido, os projetos arquitetônicos e urbanísticos voltados à recuperação devem considerar não só os ambientes internos das unidades terapêuticas, mas também sua inserção urbana, o acesso aos serviços públicos e a possibilidade de circulação integrada no bairro.

É importante destacar que a recuperação e a reinserção social deve ser um compromisso coletivo. Para isso é necessário investimentos públicos, formação de profissionais, conexão entre os setores da saúde, assistência, habitação e cultura, bem como participação ativa das comunidades locais.

Por fim, ao falar sobre a recuperação e reinserção social no contexto da dependência química, é indispensável citar as especificidades de gênero. As mulheres enfrentam a vulnerabilidade à violência, responsabilização pelo cuidado familiar, estigmatização moral e menores oportunidades de recomeço.

Espaços pensados para mulheres em recuperação devem ser projetados pensando na privacidade, segurança, áreas para cuidados infantis, ambientes de convivência protegidos e infraestrutura adequada para atividades de capacitação e lazer. Esses elementos são ferramentas importantes para o processo de reabilitação psicossocial e reinserção social (SANCHES; DALLA VECCHIA, 2018).

Assim, no próximo tópico citam-se exemplos reais de instituições dessa natureza no município.

1.7 Centros de apoio para dependentes químicos no Mato Grosso do Sul

Grande parte dos tratamentos oferecidos para dependentes químicos, no Brasil, são disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde - SUS. Esse tipo de atendimento, possui diferentes estágios e tem como principais redes de apoio conforme o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras drogas, locais como: a atenção básica; a atenção nos CAPS-AD, ambulatórios e outras unidades hospitalares especializadas; a atenção hospitalar de referência e a rede de suporte social. Também é importante citar que existem unidades especializadas em hospitais psiquiátricos, gerais e universitários, além disso, as clínicas particulares, filantrópicas ou conveniadas ao SUS, as comunidades terapêuticas filantrópicas que tem como principal apoiadores instituições religiosas e que geralmente não executam procedimentos médicos (MORAES, 2008).

Diante dessa realidade e do papel da arquitetura no processo de acolhimento e reabilitação, este tópico do trabalho busca analisar dois locais no contexto do município de Campo Grande, MS: a Comunidade Terapêutica Esquadrão da Vida –

Unidade Feminina e a COMTAPS – Comunidade Terapêutica Antônio Pio da Silva, voltada ao público masculino. As visitas técnicas realizadas nesses espaços possibilitaram a compreensão da infraestrutura, da metodologia de tratamento e da vivência dos residentes, aspectos fundamentais para a construção de um projeto arquitetônico mais funcional e adaptado às necessidades reais das mulheres em recuperação.

1.7.1 Comunidade Terapêutica Esquadrão da Vida - Unidade Feminina em Campo Grande, MS

O presente estudo de caso tem como objetivo analisar a Comunidade Terapêutica Esquadrão da Vida – Unidade Feminina, localizada na Rua NE-10, bairro Chácara dos Poderes, em Campo Grande/MS. A análise tem como foco a estrutura física da unidade, as metodologias de tratamento e o processo de acolhimento, com o objetivo de compreender como a arquitetura pode contribuir para a reabilitação de mulheres em situação de dependência química. As informações foram obtidas por meio da visita ao local e entrevista com a coordenadora responsável pela unidade. O processo de admissão é voluntário e inicia-se com contato telefônico e agendamento de uma entrevista via video chamada. Esta etapa tem como objetivo coletar informações do histórico da pessoa funcionando como uma triagem preliminar para avaliação do perfil da candidata, que deve ter entre 18 e 59 anos de idade. Posteriormente, a formalização da internação ocorre no escritório da unidade masculina (que tem sede própria), onde são preenchidas fichas e realizada a avaliação completa, para então a mulher ser encaminhada à unidade feminina.

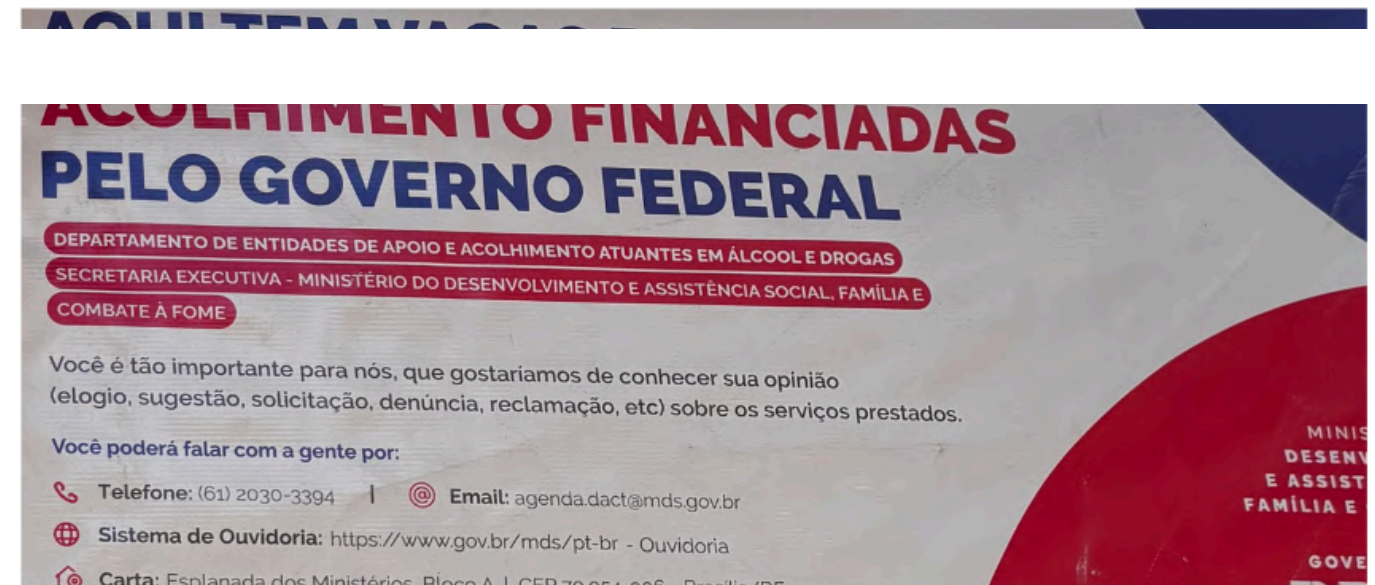


Figura 07: Placa informativa do Governo Federal na entrada da comunidade

Figura 08 : Portão de entrada

Figura 09: Corpo principal da comunidade

Fonte: Acervo pessoal, 2025

A unidade possui capacidade para 32 leitos, embora atualmente o número de pacientes seja de 30 mulheres, devido à moradia de duas coordenadoras no local. A ocupação das vagas ocorre por meio de convênios governamentais (via encaminhamento do CAPS e órgãos da prefeitura ligados a ações em prol de pessoas em situação de vulnerabilidade), por custeio da Igreja Resgate, e atendimento particular. A equipe é composta por quatro profissionais de saúde e sete coordenadoras, duas residentes na própria unidade (figura 11), garantindo o monitoramento contínuo e o suporte às residentes.

O tratamento na Unidade Feminina do Esquadrão da Vida possui duração de 9 meses, podendo ser estendido por mais 3 meses, totalizando até 1 ano, conforme avaliação da equipe multidisciplinar.

A rotina diária é estruturada, iniciando às 6h e encerrando às 22h, visando a reconstrução de hábitos e a disciplina das residentes. As atividades desenvolvidas possuem rotatividade semanal de tarefas de limpeza e organização dos ambientes da casa (cozinha, dormitórios, áreas comuns), com o objetivo de promover a autonomia e responsabilidade pessoal das internas.

A setorização dos dormitórios é organizada conforme as fases do tratamento. Há um quarto exclusivo de triagem, destinado às novas residentes nos primeiros 15 dias de internação, o que permite uma adaptação inicial ao ambiente e às regras da casa (figura 10). Em seguida, as mulheres são alocadas nos quartos das primeira e segunda fases, e posteriormente no quarto da terceira fase (figura 12), também chamado de “reforço”, voltado às mulheres que se aproximam da alta, em estágio mais avançado do processo terapêutico.



Figura 10: Quarto triagem (destinado às novas residentes).

Figura 11 : Quarto primeira e segunda fase (junto as coordenadoras).

Fonte: Acervo pessoal, 2025

A metodologia terapêutica busca uma abordagem que prioriza a reinserção social, sem o uso de medicação que possa induzir a sedação. Mulheres que necessitam de medicações controladas são encaminhadas para a comunidade com as receitas prescritas pelo CAPS, e a administração dos remédios é realizada pelas coordenadoras nos horários indicados (figura 14). Em situações de crise ou emergências de saúde, as residentes são encaminhadas para unidades de pronto atendimento (CAPS, UBS e UPA), com o suporte da família ou da própria comunidade.

O envolvimento familiar é considerado um importante suporte do tratamento, por esse motivo a instituição faz reuniões semanais online e encontros presenciais mensais com as famílias, buscando explicar sobre a dependência química como uma doença e a forma de lidar com as residentes durante e após o período de internação. Este suporte é fundamental para a reintegração social da mulher em seu ambiente de origem.



Figura 12: Quarto 03 – Destinado a pacientes no final do tratamento fase “reforço”
Fonte: Acervo pessoal, 2025



Figura 13: Sala de atendimento psicossocial.
Figura 14 : Medicamentos e planilhas de supervisão de acordo com a receita vinda do CAPS e Unidades de Saúde
Fonte: Acervo pessoal, 2025

Atualmente, a Comunidade Esquadrão da Vida – Unidade Feminina opera em um imóvel alugado, que foi adaptado para atender às necessidades do tratamento. A coordenadora informou que a estrutura atual é melhor que as anteriores, facilitando a administração das atividades.

Um aspecto observado é a localização afastada do centro urbano, proporcionando um distanciamento de situações e contextos que possam gerar gatilhos para recaídas. O ambiente natural ao redor oferece condições para o foco na recuperação, longe de estímulos externos relacionados ao uso de substâncias.

A residência possui seis banheiros compartilhados (figura 15), número considerado suficiente para as 30 residentes atuais. Todos os ambientes apresentam boa ventilação cruzada e boa iluminação natural, o que contribui para o conforto térmico e reduz a necessidade de uso contínuo de ventiladores ou iluminação artificial. Não há instalação de ar-condicionado, mas os ventiladores são suficientes para manter os cômodos agradáveis no contexto local.

Em termos de conservação, a coordenadora destacou a existência de rachaduras e áreas que demandam pintura, além de um problema de umidade decorrente de infiltração por falha no rufo (figura 16). Essas questões mostram a importância da manutenção contínua para garantir a qualidade do espaço.

De modo geral os ambientes incluem salas de convivência, refeitório, cozinha e áreas externas com vegetação, que servem como espaços de lazer e realização de atividades (figura 17).



Figura 15: Banheiro compartilhado (quarto triagem).

Figura 16 : Umidade no canto esquerdo da parede em decorrência da falta de manutenção na cobertura.

Fonte: Acervo pessoal, 2025



Figura 17: Espaço de convivência/Local de palestras e cursos.

Figura 18 : Cozinha.

Fonte: Acervo pessoal, 2025



Figura 19: Visita ao terreno das futuras instalações do local.

Fonte: Acervo pessoal, 2025

Outro ponto importante é que a temática da maternidade é central no tratamento feminino, assim como citado em capítulos anteriores. Muitas mulheres buscam a comunidade com o objetivo de recuperar o contato e a guarda dos filhos, um fator motivacional muito significativo. A equipe, que inclui assistente social e psicóloga, atua na mediação para o restabelecimento desses vínculos familiares, em conjunto com abrigos e serviços de proteção à criança e ao adolescente.

Por fim, a instituição possui um terreno próprio (figura 19) onde está previsto o início das obras para construção de sua sede definitiva. A nova unidade deverá atender às necessidades específicas do público feminino em tratamento, com maior adequação espacial e melhores condições.

1.7.2 Comunidade Terapêutica Antônio Pio da Silva (COMTAPS) - Unidade Masculina em Campo Grande, MS

A visita técnica teve como objetivo compreender como ocorre a atuação das comunidades terapêuticas no município de Campo Grande/MS. Neste tópico, citando a Comunidade Terapêutica Antônio Pio da Silva (COMTAPS), fundada em 2005, trata-se de uma instituição particular destinada exclusivamente ao tratamento de homens, situada na Estrada NS 04, nº 90, Chácara dos Poderes, em Campo Grande/MS.

As informações foram coletadas por meio da visita e entrevista com o coordenador geral da instituição, profissional graduado em enfermagem e graduando em psicologia, além disso, possui uma vivência pessoal como ex-usuário de drogas, a entrevista desse modo pôde proporcionar uma perspectiva abrangente sobre a eficácia do espaço terapêutico.

Observando as instalações da comunidade, foi possível perceber o cuidado diante da construção e conservação da unidade. Os blocos que compõem a comunidade estão dispostos ao redor de um pátio central, criando uma estrutura que facilita a circulação e proporciona um ambiente acolhedor (figura 19). Outro ponto interessante é a sinalização por meio de placas conforme a figura 20, o elemento contribui para a orientação e autonomia dos residentes e visitantes.



Figura 19: Entrada do local / acesso aos blocos.

Figura 20 : Acesso a área de lazer, sinalizado com placas.

Fonte: Acervo pessoal, 2025

Os ambientes da comunidade são bem iluminados e bem ventilados, contando com iluminação natural em todas as áreas. Além disso, todos os ambientes possuem bom conforto térmico e acústico, contribuindo para um local mais benéfico à recuperação. Conforme as imagens 19 e 20, a Comunidade possui também amplas áreas verdes e espaços livres, que proporcionam o contato com a natureza e atividades ao ar livre. A manutenção e a limpeza dos espaços são promovidas e realizadas pelos próprios residentes, reforçando a responsabilidade e pertencimento.

A distribuição dos espaços busca otimizar as atividades diárias e terapêuticas, portanto o escritório (figura 21), fica localizado na entrada, desempenhando funções de acolhimento inicial e administração.



Figura 21: Bloco administrativo/escritório.

Fonte: Acervo pessoal, 2025

Figura 22: Sala de atendimento psicossocial.

Figura 23 : Sala de jogos.

Fonte: Acervo pessoal, 2025



Figura 24: Área da piscina.

Figura 25 : Academia.

Fonte: Acervo pessoal, 2025

Figura 26: Campo de futebol.

Figura 27 : Quiosques.

Fonte: Acervo pessoal, 2025

Em seguida, encontra-se a sala do psicossocial (figura 22), áreas de lazer e recreação, sala de jogos (figura 23), a piscina (figura 24), a academia (figura 25) e o campo de futebol (figura 26). Complementando as áreas de convivência ao ar livre, há a presença de quiosques (figura 27).

Para suporte das áreas de lazer e uso comum, existe um banheiro coletivo (figura 29), e os dormitórios (figura 28) estão localizados para garantir acesso às demais áreas, sem comprometer a privacidade necessária, possuem câmeras de monitoramento garantindo a segurança dos residentes, armários planejados, ventiladores e sapateira. Os dormitórios assim como todas as áreas da comunidade são bem organizados e limpos.



Figura 28 : Dormitório.
Fonte: Acervo pessoal, 2025

Figura 29: Banheiro coletivo.
Figura 30 : Playground.
Fonte: Acervo pessoal, 2025



Um ponto importante e interessante é o playground (figura 30), um espaço dedicado a visitas dos filhos e familiares, reforçando a importância do apoio no processo de recuperação. Por fim, o refeitório (figura 31) como a área central para as refeições coletivas.

A COMTAPS, diferentemente de unidades adaptadas (conforme tópico 1.7.1), foi construída especificamente para sua finalidade, o que resulta em um alto padrão de conservação, ausência de problemas estruturais (como rachaduras ou umidade) e um mobiliário novo e bem cuidado.



Figura 31: Refeitório.

Figura 30 : Pátio central.

Fonte: Acervo pessoal, 2025



2.

ARQUITETURA E HUMANIZAÇÃO DOS ESPAÇOS TERAPÊUTICOS

O tema e a Arquitetura

Neste capítulo será abordado como a arquitetura, o meio ambiente e as cores podem interferir no processo de tratamento dos dependentes químicos, evidenciando que o espaço físico influencia diretamente no bem-estar, na recuperação, na reintegração social dos usuários. O projeto busca atender de forma humanizada as necessidades dessas pessoas, além da equipe multiprofissional e seus familiares. Dessa forma, foram feitas pesquisas e estudos que possam contribuir de maneira significativa para o desenvolvimento do projeto arquitetônico.

De moletom amarrado na cintura, usuário de drogas diz que já procurou tratamento, mas não havia vaga.

Foto: Paulo Francis, 2022.

Fonte: Campo Grande News, adaptado pela autora.



2.1 Humanização dos espaços de saúde

Quando falamos em humanizar os ambientes, é necessário compreender que o usuário é o centro de qualquer projeto. Devemos, dessa forma, conhecer as necessidades e expectativas de quem irá utilizar o espaço, para que seja possível projetar um ambiente que seja capaz de envolver o usuário aproximando-o dos seus sentimentos, pensamentos e valores pessoais (VASCONCELOS, 2004, p.24).

Ao longo dos anos, foi possível observar uma transformação na forma como os ambientes de saúde são feitos. No passado, esses espaços eram vistos como locais destinados às pessoas em estágio terminal, porém, com o avanço das práticas médicas e o surgimento de novas abordagens terapêuticas, os hospitais passaram a assumir um papel ativo no tratamento e na recuperação de pacientes, como coloca Bittencourt (1998, p.45):

O hospital passou a ter uma função terapêutica, deixando de ser um lugar terminal para o doente, transformando-se num objeto de preocupação especial, afinal, o sucesso do tratamento, a cura, estaria diretamente relacionada às suas propriedades (BITTENCOURT, 1998, p.45).

Essa mudança mostra a importância do ambiente físico na eficácia do tratamento e na qualidade da recuperação. O processo de humanização é entendido pelo Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS - Humaniza SUS como afirma o Ministério da Saúde (2004):

Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos e dos coletivos; Aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; Mapeamento e interação com as demandas

sociais, coletivas e subjetivas de saúde; Defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, raça/cor, origem, gênero e orientação sexual;[...] (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.18)

Conforme cita Toledo (2005), a humanização do edifício deve aliar os espaços funcionais e a estética com a criação de ambientes que funcionem como instrumento de acolhimento, promovendo não só o bem-estar físico e psicológico dos usuários, como também contribuindo diretamente para a recuperação e inovação das práticas médicas. Para Boing (2003):

A humanização dos espaços envolve muitos aspectos, e aproxima-se muito da área do design de interiores. Ressalta-se o uso da cor, de revestimentos e texturas, objetos de decoração e mobiliário, iluminação, contato com o exterior e, ainda, o uso de vegetação onde possível" (BOING, 2003, P.72).

A centralidade do ser humano no processo da concepção arquitetônica não exige somente conhecimento técnico dos arquitetos, mas também um olhar para as demandas emocionais, sociais e culturais de quem vai ocupar esse espaço. A diretriz dada pelo SUS, ao acentuar valores como a autonomia, a diversidade e os vínculos, mostra a necessidade de uma arquitetura que promova a equidade e o acolhimento de maneira integral.

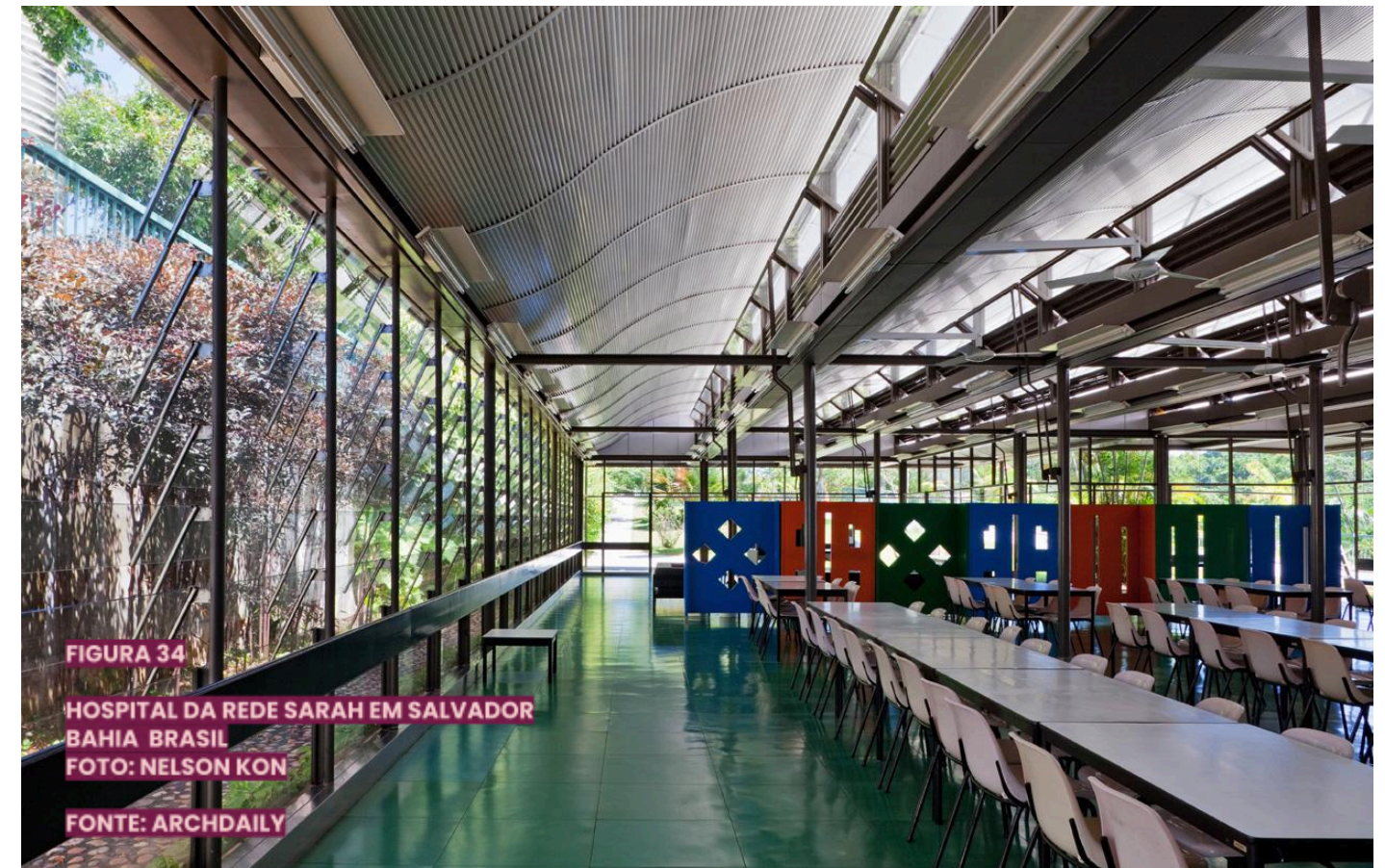
Conforme Ciaco (2010), após a análise bibliográfica dos arquitetos Lelé (João Figueiras Lima) e Rino Levi, foi possível identificar que existem requisitos considerados mínimos e universais quando concebemos o projeto de um ambiente de saúde baseado no princípio da universalidade e humanização:

Adequação do edifício ao local onde será implantado, tanto técnica quanto social e culturalmente falando; estudo funcional do problema quando da elaboração do projeto; agrupamento de usos e atividades afins tanto para racionalizar o uso, quanto para minimizar custos; auxílio na prevenção à infecção hospitalar através de artifícios de

projeto; racionalização das circulações; flexibilidade dos ambientes; preocupação com o conforto ambiental, através da iluminação natural e artificial, ventilação também natural e artificial, utilização de cores som e água; presença do verde nos ambientes, através do paisagismo, relação entre interior e exterior e humanização dos espaços. (CIACO, 2010, p.73).

A discussão sobre a humanização dos espaços hospitalares trás uma base teórica fundamental para conceber novas formas de projetar ambientes voltados à saúde. Isso reforça a importância da arquitetura como parte do cuidado, ampliando o olhar técnico para a inclusão de aspectos subjetivos, afetivos e sociais.

O Hospital da rede Sarah Kubitschek, projetado pelo arquiteto Lelé (João Figueiras Lima), em Salvador, exemplifica como o ambiente arquitetônico pode humanizar a experiência do tratamento. As imagens abaixo (figuras 33 e 34) ilustram o uso de luz natural, espaços de convivência, jardins internos e a integração com o entorno promovendo conforto físico e emocional para os pacientes.



Nesse sentido, pensar a arquitetura de uma Unidade Terapêutica para mulheres em processo de recuperação da dependência química exige o mesmo comprometimento com a humanização do espaço. Assim como nos hospitais, onde o ambiente físico influencia diretamente o tratamento e a qualidade da recuperação, nas unidades terapêuticas o espaço precisa ser um agente de cuidado, reconstrução e pertencimento. Considerando que essas mulheres na maioria das vezes chegam marcadas por experiências de violência, abandono e vulnerabilidade, o projeto deve acolher essas trajetórias com sensibilidade. A proposta portanto vai além da funcionalidade, tratando de criar um ambiente que reconhece e valoriza o ser humano, oferecendo condições físicas e emocionais para que a recuperação aconteça de forma digna.

2.2 Psicologia Ambiental e Arquitetura

Conforme Moser (2018) “a psicologia ambiental estuda a pessoa em seu contexto, tendo como tema central as inter-relações – e não somente as relações – entre a pessoa e o meio ambiente físico e social.” Esse conceito é fundamental para compreender que o comportamento humano não depende somente de escolhas individuais, mas também das condições onde o indivíduo está inserido, sendo elas condições materiais, simbólicas e afetivas do espaço que se habita.

A psicologia, inicialmente tinha como foco de estudo o indivíduo de forma isolada, com o passar dos anos passou a considerar também os fatores sociais e ambientais como determinantes do comportamento humano. Na arquitetura, os aspectos estéticos, funcionais e construtivos eram centrais para a concepção dos ambientes e aos poucos foi possível incorporar a preocupação com a percepção e satisfação dos usuários, possibilitando propostas de espaços coerentes do ponto de vista humano e ambiental (ELALI, 1997, p.351).

No livro “Temas básicos em Psicologia Ambiental”, Sylvia Cavalcante e Gleice Elali reúnem trabalhos de diversos autores com o objetivo de definir conceitos considerados fundamentais para essa área de estudo. Um dos conceitos iniciais citados é a interdisciplinaridade como principal estratégia para a integração de várias visões entre diferentes áreas do conhecimento podendo ser: físicos, biológicos, sociais e culturais. Esse campo de conhecimento teve sua evolução nos Estados Unidos e na Europa a partir da metade do século XX. No Brasil, a área teve reconhecimento em universidades, grupos de estudo e laboratórios a partir dos anos 1990 (ELALI, 1997, p. 11)

A noção de ambiente, muitas vezes é associada à ideia de natureza, entretanto, pode ter diferentes significados conforme a área de conhecimento em que é

abordada. Nas ciências naturais o ambiente é compreendido como um conjunto de elementos naturais, já nas ciências humanas, como a psicologia e a arquitetura, essa noção integra aspectos sociais e culturais, avaliando as formas como os indivíduos percebem, se apropriam e interagem com os espaços ao seu redor (ELALI & CAVALCANTE, 2011, p.24).

A psicologia ambiental, inserida dentro do estudo da psicologia de modo geral, incorpora metodologias de diversas áreas exigindo que haja uma abordagem multidisciplinar, onde é necessário que haja diferentes pontos de vista diante de uma situação. A arquitetura se conecta como disciplina dentro da psicologia ambiental pois trata do ambiente em que o indivíduo se desenvolve (seu apartamento, seu lugar, sua casa, seu espaço de referência) onde constrói vínculos afetivos, familiares e identitários (MOSER, 2018, p.127).

Nem a psicologia tradicional nem a arquitetura, isoladamente, conseguem compreender de forma integral a complexa relação entre as pessoas e o ambiente que habitam, surge portanto a necessidade de constituir um campo de interseção entre essas áreas. Assim, a Psicologia Ambiental se estabelece como um espaço de mediação, constituindo-se tanto do saber psicológico quanto do arquitetônico. Por ser uma área nitidamente multidisciplinar, que se organiza em torno de um objeto, a psicologia ambiental torna-se uma “ponte” entre diferentes campos.. A integração entre disciplinas possibilita a criação de ambientes mais humanizados, socialmente sensíveis e ecologicamente coerentes (ELALI, 1997, p.352). Essa interdisciplinaridade é fundamental para compreender a complexidade dos ambientes humanos e propor soluções mais sensíveis às necessidades.

VÍNCULOS INTEGRAÇÃO HUMANO



Figura 35: Relação humano x espaço
Fonte: ELALI, 1997. Adaptado pela autora

Moser (2005) cita que a Psicologia Ambiental pode ser compreendida como uma psicologia do espaço, buscando analisar as percepções, atitudes e comportamentos dos indivíduos em relação ao contexto físico e social que estão inseridos. Assim, a relação do indivíduo com o ambiente é analisada em quatro níveis:

[...] 1) o micro-ambiente: o espaço privado, a moradia, implicando o indivíduo; 2) os ambientes de proximidade: os espaços compartilhados semipúblicos, o habitat coletivo, o bairro, o lugar de trabalho, os parques e os espaços verdes, concernentes à comunidade de proximidade ou de vizinhança; 3) os ambientes coletivos públicos: as cidades, os vilarejos, e os povoamentos diversos, implicando os agregados de indivíduos; e 4) o ambiente global: o ambiente em sua totalidade, construído ou não, os recursos naturais e os concernentes à sociedade enquanto tal. [...] (MOSER, 1998, p. 282).

Essa compreensão elaborada pelo autor é muito pertinente no campo da arquitetura, visto que permite considerar desde os aspectos íntimos do espaço individual, até o papel do entorno urbano e da sociedade.

O ambiente físico não é neutro, ele é formado por elementos objetivos como a forma, a cor, a iluminação, a ventilação, a acústica, que compõem tecnicamente o espaço da arquitetura e influenciam o conforto físico do usuário. No entanto, esses mesmos espaços são interpretados e vivenciados através de valores subjetivos, que dependem das experiências individuais e da bagagem cultural de cada

pessoa (Bestetti, 2014). Ou seja, um mesmo espaço pode ser acolhedor para alguém e opressor para outro a depender de suas vivências e memórias.

Essa abordagem está fortemente ligada à Psicologia Ecológica de Roger Barker, e principalmente ao conceito de *behavior setting*, que se refere à interação entre um ambiente físico específico e os comportamentos que ele naturalmente induz (BARKER, 1968 APUD ELALI, 1997). Dessa forma, torna-se indispensável integrar as informações do sujeito e do ambiente, com o objetivo de promover uma análise conjunta e contextualizada da interação de ambos. A figura 36 retrata essa inter-relação entre pessoa e ambiente:

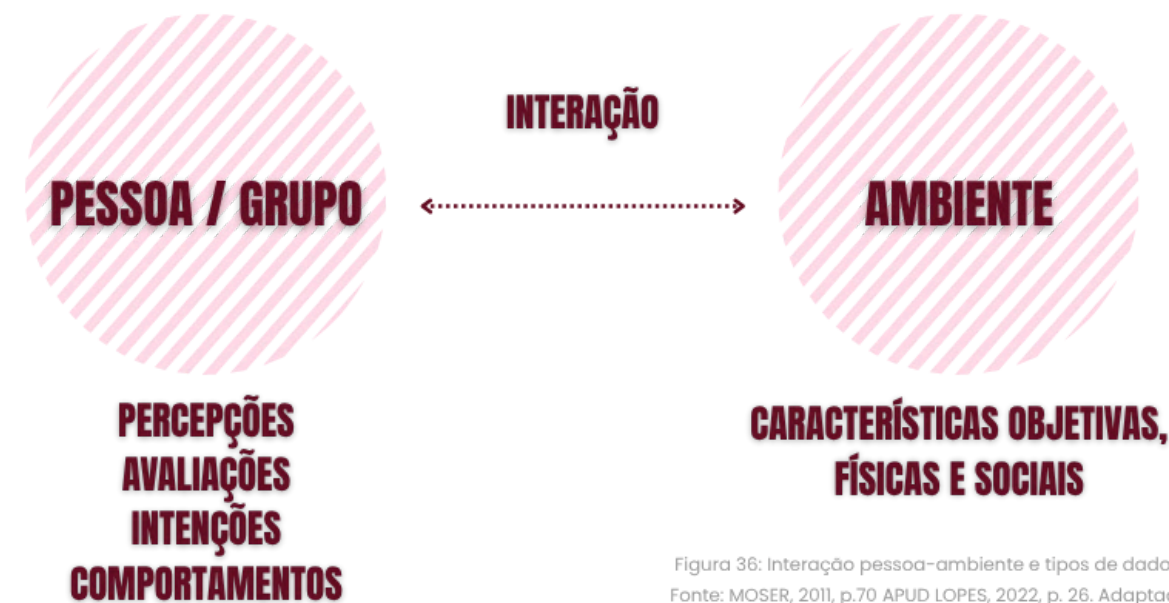


Figura 36: Interação pessoa-ambiente e tipos de dados
Fonte: MOSER, 2011, p.70 APUD LOPES, 2022, p. 26. Adaptado pela autora

O processo de projeto pode ser entendido como um ciclo onde todas as etapas se influenciam uma nas outras (LOPES, 2022). Portanto, decisões tomadas em fases iniciais podem ser reformuladas a partir de novos dados obtidos ao longo do processo, principalmente quando o foco está na qualidade da experiência dos usuários. Nas últimas décadas, arquitetos e designers buscam a aproximação e a criação de grupos interdisciplinares que se utilizam de investigação científica para

analisar atitudes, comportamentos e percepções (HERSHBERGER, 2002 APUD LOPES, 2022).

Segundo Elali (1997), a integração de diferentes métodos de análise e perspectivas das pessoas envolvidas no projeto melhora a capacidade da arquitetura de responder de forma acolhedora os problemas reais enfrentados pelos usuários. Apesar de entendermos como essa análise é importante, sua aplicação ainda é dificultada onde há pouco reconhecimento social do papel da arquitetura no desenvolvimento da saúde física e mental (ORNSTEN, 2005).

Conforme Elali (1997), destaca ao final de seu artigo Psicologia e Arquitetura: em busca do locus interdisciplinar, que o arquiteto ali no papel de pesquisador não está apenas como projetista mas como agente social envolvido na construção de realidades. A autora diz :

No processo de apropriar-se da realidade para a geração de conhecimento, no entanto, é fundamental que o pesquisador conscientize-se do fato de estar, além de buscando informações, também participando de um processo de troca, e interferindo, em maior ou menor escala, na estabilidade (real ou imaginária, duradoura ou efêmera) existente [...] (ELALI, 1997, p. 361).

Ou seja, a criação de espaços não é neutra nem isenta de impactos, principalmente quando voltada à criação de espaços para pessoas vulnerabilizadas. No caso das unidades terapêuticas voltadas à recuperação de mulheres, por exemplo, a arquitetura tem o potencial de acolher, curar e ressignificar as experiências vividas, mas também pode, se negligente, reforçar estigmas e barreiras à reintegração social. Por isso, deve-se somar à equação mais um elemento fundamental:

[...] a *responsabilidade social* daqueles que se dispõem a trabalhar a relação pessoa ambiente. Tal tarefa se impõe uma vez que, possibilitando o aguçamento do senso crítico do usuário com relação ao local onde vive e à qualidade de vida almejada/obtida, estamos participando ativamente do processo de modificação dessa mesma

realidade. Este é mais um assunto a ser discutido... interdisciplinarmente (ELALI, 1997, p. 361).

Assim, a atuação interdisciplinar torna-se indispensável, pois os desafios enfrentados por essas mulheres exigem não apenas soluções físicas, mas também o reconhecimento de aspectos sociais, culturais e psicológicos que atravessam a relação entre pessoa e ambiente.

2.3 O papel das cores na Arquitetura

A concepção arquitetônica voltada para o cuidado em saúde tem incorporado diretrizes que reconhecem a influência dos aspectos ambientais na experiência dos usuários. Assim, destaca-se a relevância dos chamados elementos efêmeros, como o uso das cores, da arte, da música e da natureza, exercendo papel fundamental no desenvolvimento do bem-estar e no fortalecimento da relação entre indivíduo e espaço (PIZZOLATO, 2014, p.199).

As cores, enquanto elementos sensoriais do ambiente construído, têm a capacidade de influenciar significativamente no estado emocional e psicológico dos indivíduos. É interessante compreender que o uso de cores no espaço arquitetônico deve ser entendido como uma ferramenta terapêutica. Não se trata, portanto, de determinar se uma cor é “bela” ou “feia”, mas de reconhecer sua adequação ao contexto de uso, aos efeitos desejados e à experiência do usuário (CIACO, 2010). Em ambientes terapêuticos, especialmente aqueles voltados ao acolhimento e recuperação de pacientes, a escolha deve considerar os impactos psíquicos que cada tonalidade pode produzir.

Embora cada indivíduo possua vivências subjetivas, Heller (2013) argumenta que a associação entre cores e sentimentos não ocorre de maneira aleatória ou

meramente por gosto pessoal. Isso porque as relações simbólicas são construídas desde a infância e tornam-se profundamente enraizadas na linguagem e pensamento coletivo. Dessa forma, determinadas cores despertam sentimentos semelhantes em grande parte da população, estabelecendo um padrão perceptivo e emocional compartilhado. Abaixo é possível observar um quadro com os efeitos psicológicos causados por algumas cores segundo Cunha (2004) apud Grandjean (1988, p.311):

COR	REAÇÃO NO ESPECTADOR
Vermelho	Aviso de perigo
Amarelo	Aviso de transporte
Verde	Equipamentos de socorro
Azul	Orientação e sinalização

Tabela 02 : Efeitos psicológicos causados pelas cores.
 Fonte: Cunha, 2004 apud Grandjean 1988, p.311. Adaptado pela autora

A cor, enquanto elemento constitutivo do espaço arquitetônico, é capaz de provocar ilusões ópticas, manipular a percepção das proporções do ambiente e influenciar diretamente a capacidade de atenção e concentração dos usuários (CUNHA, 2004).

Além dos efeitos psicológicos e simbólicos das cores, é essencial considerar a influência da luz sobre a percepção nos ambientes construídos. Como destaca Martins (2004), a luz determina a cor, ou seja, qualquer fonte luminosa seja natural ou artificial afeta diretamente a aparência de uma superfície colorida. Isso ocorre

porque a cor não existe sozinha, mas resulta da estimulação visual, sendo percebida como uma sensação individual. Conforme LIDA, 2002 APUD CIACO, 2010, p.163:

...para LIDA (2002 apud SAMPAIO, ANA VIRGINIA CARVALHÃES DE FARIA, p. 163) é uma resposta subjetiva para um estímulo luminoso que penetre nos olhos. Quando a luz incide sobre um objeto, parte das ondas luminosas é refletida e parte é absorvida. A cor que enxergamos desse objeto é a que foi refletida por ele, após a incidência da luz, e que penetrou nos olhos causando o estímulo e a resposta a ele. Ela depende da cor da luz incidente, se natural, mais branca, mais artificial mais avermelhada, modificando assim a cor com que o objeto é visto

Considerando esses fatores, torna-se evidente que a escolha cromática nos espaços de cuidado deve ir além de critérios estéticos e decorativos. A seguir, observa-se um exemplo de aplicação da teoria das cores em um ambiente terapêutico e hospital, onde a combinação de iluminação, tonalidades e elementos naturais foi capaz de colaborar para a criação de um local acolhedor. O Hospital Infantil Ann & Robert H. Lurie, localizado em Chicago, utiliza cores, formas orgânicas, vegetação e iluminação natural de maneira estratégica para proporcionar o bem-estar dos usuários. Na figura 37, observa-se um ambiente que permite a entrada de luz natural e faz o uso de mobiliário em formatos orgânicos com cores que criam contraste favorecendo a orientação espacial e trazendo funcionalidade.



Figura 37 - Hospital Infantil Ann & Robert H. Lurie
Fonte: Archdaily. Foto: Nick Merrick, 2020.

Outro exemplo construído que mostra a importância da escolha das cores é o da Sede da Cooperativa das mulheres produtoras de Castanhas de Caju, localizada no interior do Maranhão e projetada pelo Estúdio Flume. Embora não seja uma instituição de saúde, sua proposta de acolhimento comunitário e fortalecimento de vínculos sociais a partir da arquitetura mostra uma comunicação com os espaços de integração. A edificação mostra o uso de cores terrosas que foram associadas a materiais naturais, que cria uma conexão com a cultura local. A tonalidade alaranjada nos traz sensação de vitalidade, aconchego e energia, que são aspectos essenciais em ambientes como esse que buscam o empoderamento e a convivência coletiva. A luz natural, como já foi citada, também interfere de maneira direta no projeto quando atravessam as abertas propostas por elementos vazados que permitem maior ventilação e permeabilidade entre dentro e fora.

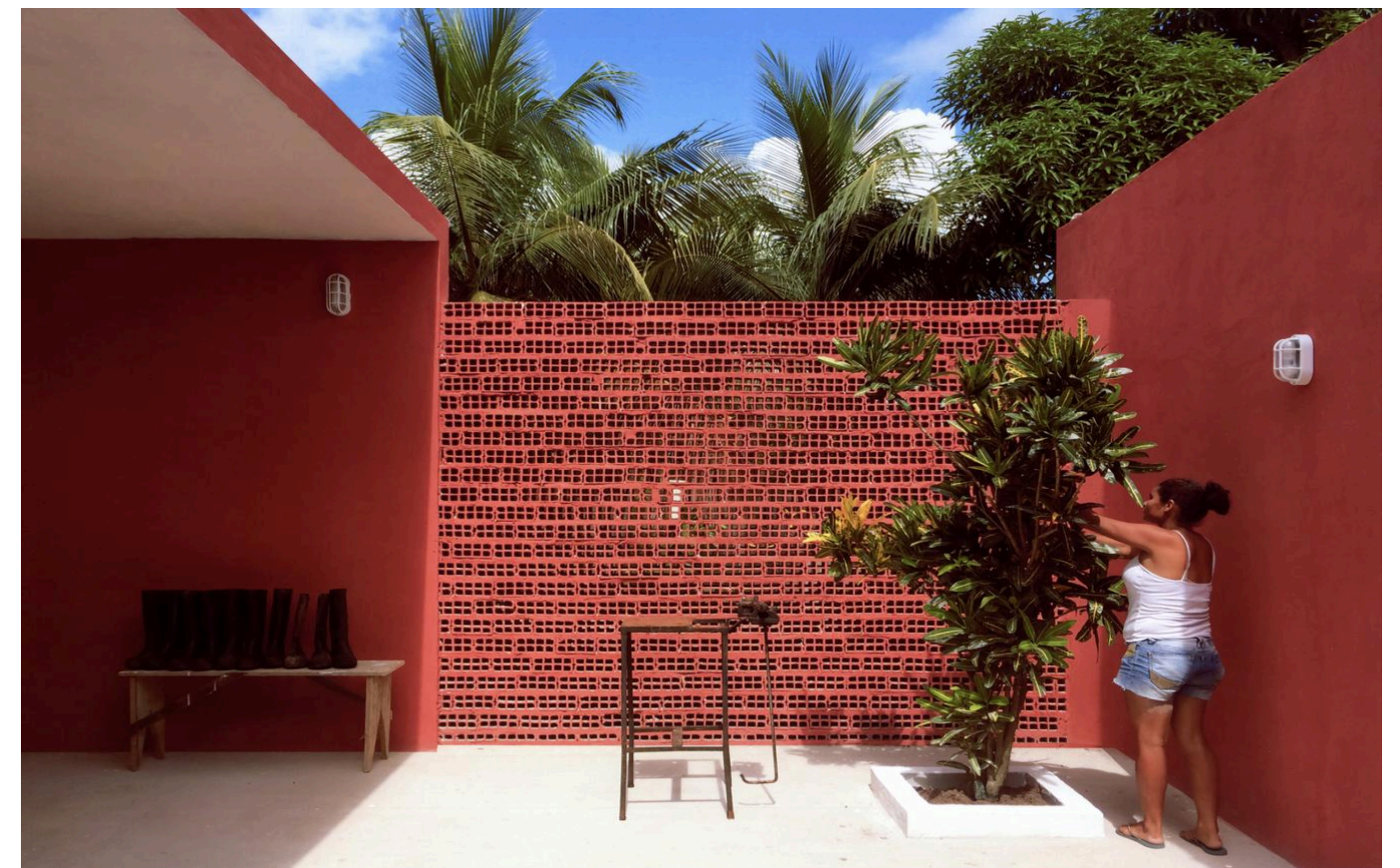


Figura 38 - Sede Castanhas de Caju
Fonte: Archdaily. Foto: Estudio Flume, 2018.

Nesse contexto, Ciaco (2010, p.87) apresenta que cores neutras, como o branco e o cinza, muitas vezes associados à limpeza, podem, na verdade, induzir sensações de monotonia, tensão, medo ou até sofrimento. Por outro lado, cores frias ajudam a aliviar a sensação térmica, cores claras ampliam o espaço visualmente e transmitem leveza, enquanto as escuras remetem ao confinamento.

Ciaco (2010) também destaca que a combinação cromática deve ser planejada já que: ambientes com apenas uma cor tornam-se entediantes e repetitivos, da mesma forma que uma pluralidade desordenada de cores pode provocar desconforto e confusão perceptiva. “A experiência nos ensina que cores distintas proporcionam estados de ânimo específicos” (GOETHE, 1993, p.140 APUD CIACO, 2010, p.87), reforçando a importância da escolha intencional dos tons.

Existem também alguns recursos que são utilizados com frequência, como a escolha de cores mais suaves em pisos e forros, o que contribui para a refletância da luz e para um ambiente mais iluminado. Já nas superfícies verticais, pode-se utilizar um ambiente acromático sem saturação; ou por uma composição monocromática em diferentes intensidades e variações; ou ainda por um espaço policromático, com variedade e intensidade de cores mais vibrantes. Não existe uma regra absoluta para a escolha das cores nos espaços terapêuticos, porém deve estar sempre pertinente e adequada ao uso que o ambiente terá (CIACO, 2010, p.87).

Dessa forma, percebe-se que a escolha das cores deve ser pensada como parte essencial do cuidado. O Manual de Conforto Ambiental em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, da ANVISA, reforça essa perspectiva ao afirmar que “[...] A arquitetura e ambientação dos espaços têm uma função importante na humanização, pois se os medicamentos podem aliviar as dores físicas, as cores podem aliviar a monotonia de prolongados confinamentos” (ANVISA, 2014, p.86).

Assim o uso consciente e sensível das cores pode ser eficaz para promover o bem-estar físico, criar vínculos e colaborar no processo de recuperação, especialmente em contextos que envolvem o acolhimento de populações vulneráveis, como o público infantil ou no caso da Unidade Terapêutica, em mulheres em processo de reintegração social.

2.4 Sensações que curam: A importância do conforto ambiental nos espaços de cuidado

Para Corbella e Yannas (2003, apud SAMPAIO, 2004, p.155), uma pessoa está confortável quando observa ou sente um acontecimento ou fenômeno sem preocupação ou incômodo, ou, quando se está em um ambiente físico sentindo neutralidade com relação a ele.

A arquitetura voltada para serviços de saúde vem integrando os princípios de humanização dos espaços, compreendendo que ambientes bem planejados podem contribuir para o bem-estar físico e emocional. No contexto das unidades terapêuticas, essa abordagem se mostra ainda mais necessária, uma vez que tanto pacientes quanto profissionais da saúde vivenciam excessivamente esses espaços, estando expostos a estímulos que impactam diretamente suas rotinas, estados emocionais e processos de recuperação.

Um ambiente de saúde humanizado e confortável deve ser capaz de transmitir bem-estar e oferecer um padrão satisfatório de qualidade para todos os seus usuários, sem exceção (SAMPAIO, 2005, p.153). Ou seja, o espaço deve ser projetado como um instrumento terapêutico em si, capaz de influenciar estados emocionais.

A autora também cita o estado de vulnerabilidade dos pacientes, que “pelas suas condições físicas e psicológicas têm as seguintes sensações: expectativa, ansiedade, desconfiança, insegurança, desânimo, tristeza e medo”. Por estarem frequentemente imóveis, esses indivíduos têm seus sentidos visual, auditivo, cinestésico, olfativo e térmico mais aguçados, vivenciando o ambiente de forma sensível e intensa (SAMPAIO, 2005, p. 153).

Dessa forma, o arquiteto tem como objetivo criar ambientes que favoreçam a recuperação do paciente e otimizem a atuação da equipe de saúde, projetando espaços com base nas condições climáticas locais, na insolação, ventilação, fotografia e nos fatores ambientais que determinam o conforto. Como resume Sampaio (2005, p. 154), o projeto hospitalar deve ser desenvolvido considerando a satisfação e o bem-estar de seus usuários, demonstrando que o cuidado com o espaço, é uma forma de cuidado com as pessoas.

2.4.1 Conforto térmico

O conforto térmico pode ser definido como o “Um Estado de espírito que reflete a satisfação com o meio ambiente térmico que envolve a pessoa” (ASHRAE, 2005 APUD CIACO, 2010, p.82).

Avanços tecnológicos atuais disponibilizam inúmeros recursos artificiais que podem proporcionar conforto térmico - como o uso de climatizadores e sistemas de ar condicionado -, entretanto é preciso ter atenção quanto a aplicação no ambiente arquitetônico. De acordo com Ciaco (2010, p. 83), a utilização desses mecanismos, muitas vezes se apresenta como resposta aos problemas que poderiam ser evitados por meio de um projeto arquitetônico eficiente desde a sua concepção.

Como aponta o autor, a dependência de sistemas mecânicos de climatização pode acarretar custos elevados com energia elétrica, além de exigirem uma manutenção rigorosa para evitar a proliferação de microrganismos, principalmente em sistemas de ar condicionado (CIACO, 2010). Esses fatores mostram que a negligência diante do conforto térmico torna-se não apenas um erro projetual, mas também um problema a sustentabilidade e segurança do edifício.

O conforto térmico está diretamente ligado com o equilíbrio entre as trocas de calor do corpo humano com o ambiente. Segundo Lopes (2022), esse estado de equilíbrio ocorre quando não há variação significativa na temperatura corporal, ou seja, quando o organismo consegue se manter termicamente estável.

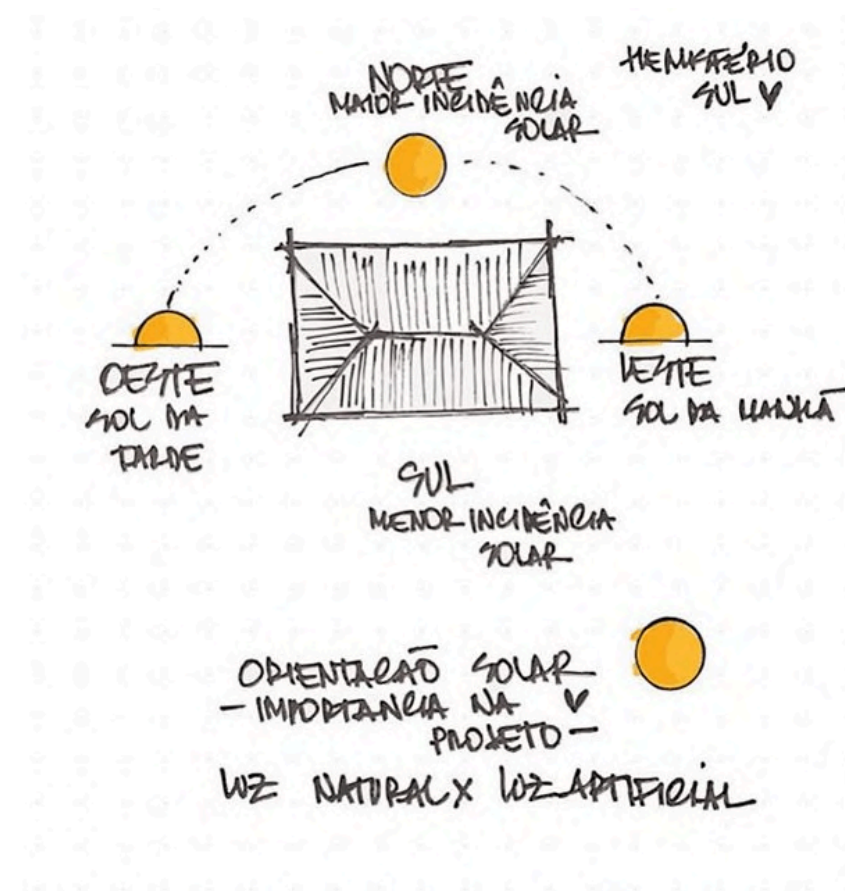


Figura 39 - Exemplo de esquema da trajetória do sol em relação a uma edificação
Fonte: Projetou

Conforme Bestetti (2014) a temperatura interna de uma edificação é diretamente influenciada pela disposição das aberturas (figura 39), pelo material das paredes e pela presença de aparelhos que emitem calor nos ambientes. Esses elementos podem intensificar a carga térmica interna, favorecendo sensações fisiológicas como a letargia, o cansaço e a redução da produtividade, especialmente em locais onde o descanso, a atenção e o foco são essenciais, como nas unidades terapêuticas.

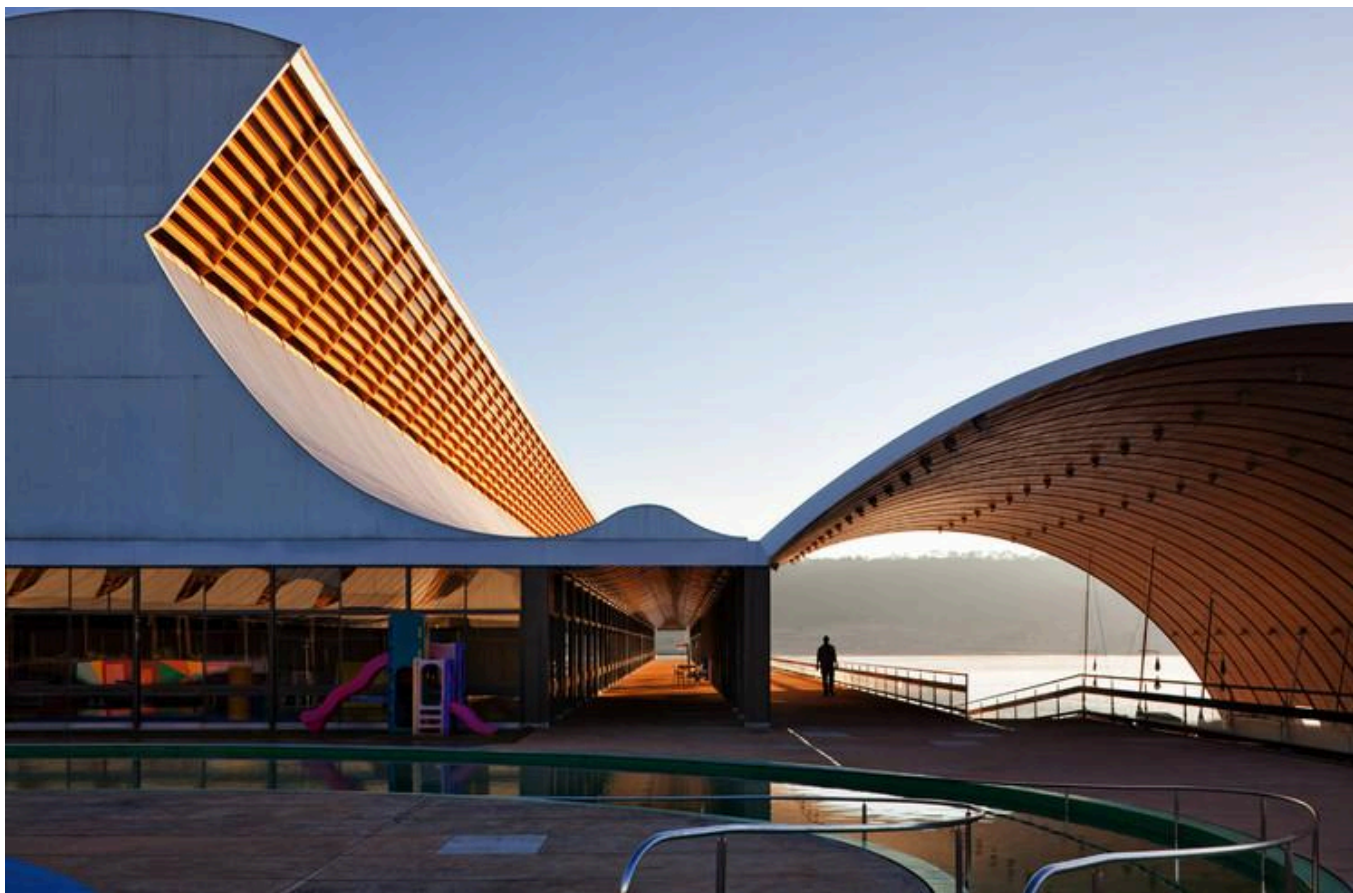


Figura 40 - Hospitais da Rede Sarah em Brasília
Fonte: Archdaily, 2019. Foto: Nelson Kon.

Ademais, às preferências térmicas individuais são moldadas por uma série de fatores, como destaca Bestetti (2014, p.608):

[...] destacando-se os hábitos alimentares que afetam o metabolismo, a gordura do corpo, que funciona como isolante térmico, o vestuário, que altera significativamente as trocas térmicas e o processo de aclimação dos indivíduos, visto que as pessoas, em seus climas de permanência, tendem a produzir hábitos e alterações metabólicas que equilibram as condições térmicas adversas (Bestetti, 2014, p.608).

Nesse contexto, é fundamental que a arquitetura se antecipe às necessidades térmicas dos usuários, integrando estratégias passivas de climatização que dialoguem com o clima local, tais como a ventilação cruzada, sombreamentos estratégicos, uso de coberturas ventiladas e materiais com propriedades térmicas adequadas. A combinação equilibrada entre as soluções naturais e artificiais não apenas reduz a demanda energética como também cria ambientes mais saudáveis e acolhedores – condições indispensáveis para a recuperação e cuidado integral.

2.4.2 Conforto visual

Conforme Lamberts et al. (2014), conforto visual pode ser entendido como:

A existência de um conjunto de condições, num determinado ambiente, no qual o ser humano pode desenvolver suas tarefas visuais com o máximo de acuidade e precisão visual, com o menor esforço, com o menor risco de prejuízos à vista e com reduzidos riscos de acidentes” (LAMBERTS et al, 2014, p.57).

Um ambiente para serviços de saúde precisa garantir conforto visual aos seus usuários, contribuindo para o bem-estar e para um bom desenvolvimento das atividades realizadas no local. A norma brasileira NBR ISO/CIE 8995, que trata da iluminação em ambientes de trabalho, reforça a preocupação ao estabelecer

critérios que afirmam níveis adequados de iluminação, colaborando para um ambiente mais agradável e funcional. A norma diz:

A prática de uma boa iluminação para locais de trabalho é muito mais que apenas fornecer uma boa visualização da tarefa. É essencial que as tarefas sejam realizadas facilmente e com conforto. Desta maneira a iluminação deve satisfazer os aspectos quantitativos e qualitativos exigidos pelo ambiente. Em geral a iluminação assegura:

- conforto visual, dando aos trabalhadores uma sensação de bem-estar,
- desempenho visual, ficando os trabalhadores capacitados a realizar suas tarefas visuais, rápida e precisamente, mesmo sob circunstâncias difíceis e durante longos períodos,
- segurança visual, ao olhar ao redor e detectar perigos (BRASIL, 2013, p. 2-3).

A dependência de iluminação artificial, presente na maior parte das construções atuais, traz questionamentos significativos no que se refere ao ciclo circadiano humano (GERALDO & PAZ, 2022, p.5).

O ciclo circadiano é definido pela Anvisa (2014) como o processo biológico pelo qual o organismo humano estabelece sua orientação no tempo, regulando atividades vitais como o sono, o despertar, o metabolismo e outras funções fisiológicas em um ritmo ao longo das 24 horas diárias. O homem é considerado “uma espécie diurna adaptada para exercer suas atividades na fase clara do ciclo claro/escuro e repousar na fase escura” (COSTA, 2013, p.46 APUD ANVISA, 2014, p. 95).

Cerca de 95% do tempo que passamos em ambientes internos, são sob luzes artificiais que, muitas vezes, não acompanham as variações naturais ao longo do dia (SOARES, 2019 APUD GERALDO & PAZ, 2022, p.5). Essa desconexão entre os ciclos naturais e o ambiente construído pode causar desequilíbrios fisiológicos, afetando funções como o metabolismo e o sono. Dessa forma, a iluminação natural deve ser

uma diretriz essencial nos projetos arquitetônicos de ambientes de tratamento e saúde. De acordo com Sampaio:

[...] várias doenças e desajustes psicológicos estão relacionados com a ausência de luz. Arquitetos, projetando adequadamente janelas para a iluminação de ambientes, podem contribuir com o aumento da produtividade e a saúde psicológica de seus ocupantes (SAMPAIO, 2006, p.187).

As aberturas para a paisagem externa são fundamentais nesses espaços, sendo necessário que as aberturas estejam previstas em projeto estrategicamente assegurando tanto a privacidade quanto o conforto térmico dos usuários. Elementos arquitetônicos como brises, varandas, átrios e clarabóias desempenham papel fundamental, favorecendo a entrada controlada da luz natural e contribuindo para o equilíbrio térmico dos espaços (ANVISA, 2014). Nesse contexto, a iluminação artificial deve ser usada como apoio e não como substituta da luz natural, como destacam Vianna & Gonçalves:

É importante lembrar que a iluminação artificial deve complementar a iluminação natural, sendo utilizada nos casos em que ela for realmente necessária, lembrando-se que juntamente com ela existe um consumo adicional de energia, além do mais, haverá um acréscimo na quantidade de calor produzido no interior do ambiente, interferindo no conforto térmico também (VIANNA & GONÇALVES, 2001 APUD SAMPAIO, p.162).

O Centro Médico Psicopedagógico da Espanha, projetado pelo escritório Comas-Pont Arquitectos é um exemplo de arquitetura terapêutica que integra luz natural trazendo características projetuais interessantes ao ambiente construído. Na figura 42, é possível observar que esse espaço possui um fechamento que pode ser ajustado conforme as estações: fechadas no inverno para acumular calor e abertas no verão para permitir ventilação natural.



Figura 41 - Centro Médico Psicopedagógico
Fonte: Archdaily. Foto: Adrià Goula, 2020



2.5 Comunidades Terapêuticas

O projeto proposto neste trabalho insere-se na tipologia das Comunidades Terapêuticas (CTs), conforme definidas pela Resolução nº1, de 19 de agosto de 2015, do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD). As CTs oferecem acolhimento voluntário a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, em regime residencial. É importante ressaltar que diferenciam-se dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) por priorizarem uma abordagem psicossocial e comunitária, sem utilização de contenções físicas, isolamento ou medicação forçada, tendo como princípio a atenção psicossocial (BRASIL, 2015).

As comunidades terapêuticas (CTs) surgiram no século XX como uma nova forma de tratamento para os soldados com transtornos psíquicos no pós Guerra Mundial. O psiquiatra Maxwell Jones foi o precursor desse modelo ao desenvolver, na década de 1940, a Comunidade Terapêutico-democrática na Inglaterra. Com o passar do tempo, o modelo criado por Jones foi sendo adaptado e ampliado, passando a ser utilizado para o tratamento da dependência química (FRACASSO, 2018).

No Brasil, as primeiras Comunidades Terapêuticas surgiram a partir da década de 1960, por meio de iniciativas ligadas a grupos religiosos. A imagem abaixo (figura 42) mostra onde surgiram as primeiras Comunidades Terapêuticas fundadas no país, destacando cidades como Goiânia, Niterói, Brasília, Maringá, Porto Alegre e Campinas. Esse infográfico foi retirado do documento “Comunidades Terapêuticas: histórico e regulamentações” (FRACASSO, 2017), e mostra o início da expansão desse modelo no país:

BRASÍLIA - DF
1972

Desafio Jovem
Fundador Pastor Galdino Moreira Filho

GOIÂNIA - GO
1968

Movimento Jovens Livres - MJL Bairro Feliz
Fundadora Ana Maria Brasil

MARINGÁ
1971

Comunidade Cristã S8
Fundador Pastos Geremias Fontes

PORTO ALEGRE - RS
1975

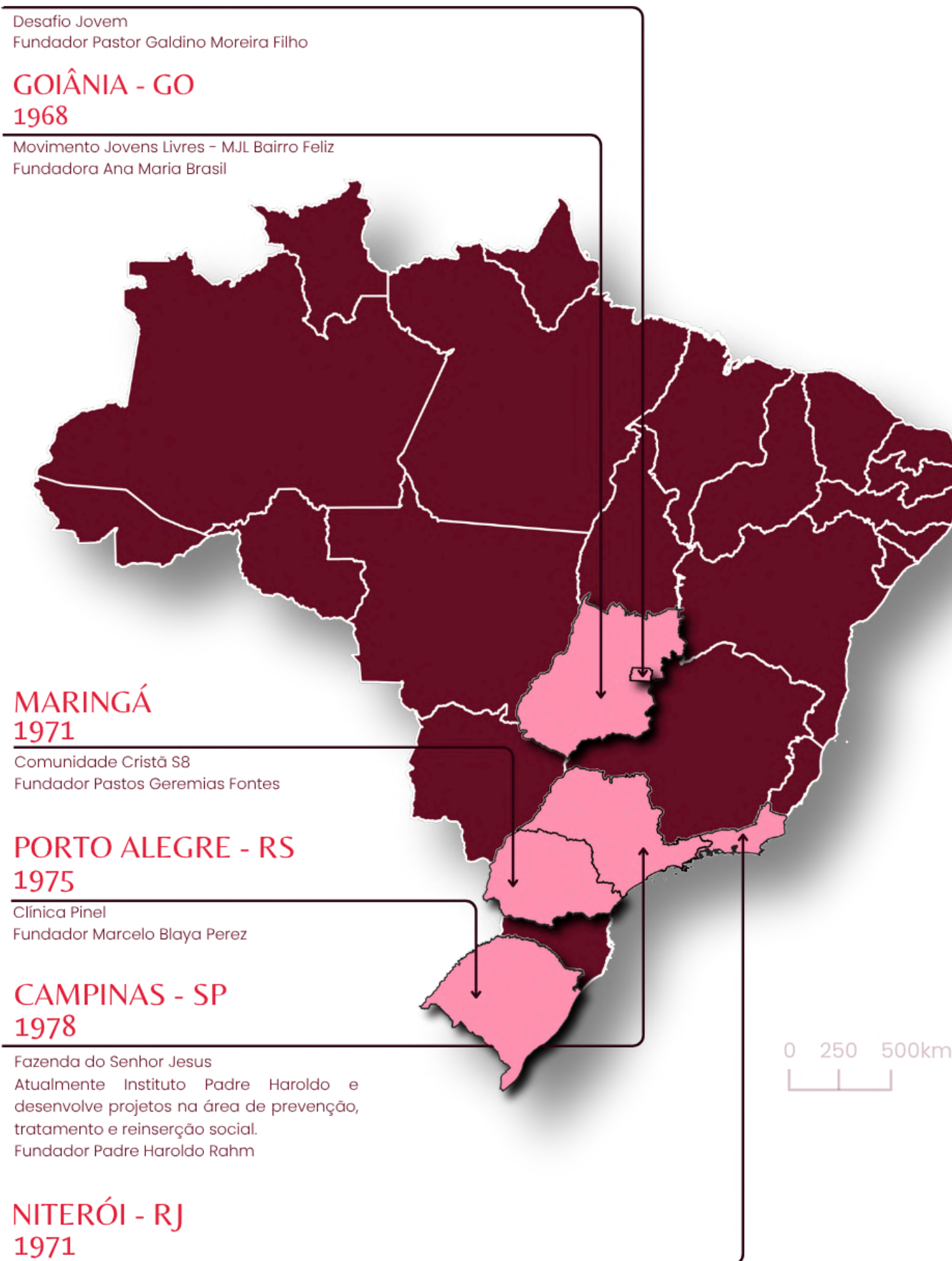
Clínica Pinel
Fundador Marcelo Blaya Perez

CAMPINAS - SP
1978

Fazenda do Senhor Jesus
Atualmente Instituto Padre Haroldo e desenvolve projetos na área de prevenção, tratamento e reinserção social.
Fundador Padre Haroldo Rahm

NITERÓI - RJ
1971

Comunidade Cristã S8
Fundador Pastos Geremias Fontes



De modo geral, o objetivo das CTs conforme Damas (2013) é a ressocialização. Para isso, quatro dimensões comportamentais que são trabalhadas ao longo do processo terapêutico, conforme Ribeiro, Figlie e Laranjeira (2004 APUD DAMAS, 2003).

- a) Desenvolvimento individual, marcado pela aquisição de atitudes mais maduras e melhores habilidades para lidar com a emoção e a construção da identidade;
- b) Mudança de aspectos subjetivos do comportamento, relacionada a experiências e percepções do indivíduo quanto às circunstâncias externas que fomentam o consumo de drogas, as motivações internas para a mudança, a prontidão para o tratamento, a identificação com o método terapêutico e a percepção crítica da mudança obtida ao longo do processo;
- c) Incorporação de princípios comportamentais e sociais, como a autoeficácia, o entendimento do papel social e da necessidade de se colocar no lugar do outro; e
- d) Integração social, possível apenas se pautada pela cooperação, pela conformidade e pelo comprometimento (RIBEIRO; FIGLIE; LARANJEIRA, 2004 APUD DAMAS, 2003).

Embora não exista um consenso quanto ao público-alvo mais indicado para a internação em Comunidades Terapêuticas, observa-se na prática que os pacientes que mais buscam esse tipo de tratamento são, em geral, aqueles que apresentam um padrão mais grave de dependência química, associado a diversos fatores. Entre eles estão a pobreza, o baixo nível de escolaridade, o desemprego ou subemprego, a baixa qualificação profissional, problemas comunitários e familiares, conflitos com a justiça, bem como o acesso limitado a programas terapêuticos convencionais (DAMAS, 2003).

Com o objetivo de regulamentar o funcionamento das comunidades terapêuticas, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou em 2001 a Resolução da Diretoria Colegiada nº 101 (RDC 101, ANVISA, 2001) que estabelecia as exigências

mínimas para o atendimento a pessoas com transtornos relacionados ao uso ou abuso de substâncias psicoativas. No entanto, em 2011, essa resolução foi revogada e substituída pela RDC nº 29 (ANVISA, 2011) que buscou proporcionar mais acolhimento e familiaridade (MACHADO, 2020, p. 34-35).

2.6 Normas e regulamentações

Embora a RDC nº 29/2011 (ANVISA, 2011) esteja atualmente em vigor, ela não apresenta o mesmo nível de detalhamento físico e espacial que a antiga RDC nº 101/2001 (ANVISA, 2001), principalmente se referindo à organização arquitetônica dos espaços internos. Diante disso, optou-se por utilizar a RDC nº 101/2011 (ANVISA, 2011) como referência principal para orientar as diretrizes espaciais da Unidade Terapêutica deste trabalho, por conter informações mais claras sobre a infraestrutura mínima recomendada para comunidades terapêuticas. Os dados referentes à estrutura física estão apresentados na tabela 03 (ANVISA, 2001):

INFRAESTRUTURA NECESSÁRIA DE ACORDO COM A RDC 101/2001		
SETOR	AMBIENTE/FUNÇÃO	OBSERVAÇÕES TÉCNICAS
HOSPEDAGEM	QUARTO	MÁXIMO 6 RESIDENTES POR QUARTO; 5,5 M ² POR CAMA OU BELICHE DE 2 CAMAS
	BANHEIRO	1 BACIA, 1 LAVATÓRIO E 1 CHUVEIRO PARA CADA 6 CAMAS; 1 BANHEIRO ADAPTADO PARA PCD
	QUARTO PARA AGENTE COMUNITÁRIO	-
TERAPIA/RECUPERAÇÃO	SALA DE ATENDIMENTO SOCIAL; SALA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL; SALA DE ATENDIMENTO COLETIVO	-
	SALA DE TV / MÚSICA	PODE SER UTILIZADA PARA OUTRAS ATIVIDADES
	OFICINA; SALA DE EXERCÍCIOS / QUADRA DE ESPORTES; HORTA OU ÁREA DE CULTIVO; CRIAÇÃO DE ANIMAIS DOMÉSTICOS	-
ÁREAS EXTERNAS	ESPAÇO PARA DEAMBULAÇÃO	-
ADMINISTRATIVO	RECEPÇÃO (RESIDENTES, VISITANTES, FAMILIARES); SALA ADMINISTRATIVA; ARQUIVO DE PRONTUÁRIOS; SALA DE REUNIÃO PARA EQUIPE; SANITÁRIOS PARA FUNCIONÁRIOS	-
APOIO LOGÍSTICO	COZINHA COLETIVA, COM ÁREAS PARA:	1) RECEPÇÃO E ARMAZENAGEM DE GÊNEROS; 2) PREPARO, COZINHA E DISTRIBUIÇÃO; 3) LAVAGEM DE LOUÇA E UTENSÍLIOS; 4) REFEITÓRIO
	LAVANDERIA COLETIVA, COM ÁREAS PARA:	1) ARMAZENAGEM DE ROUPA SUJA; 2) LAVAGEM, SECAGEM E PASSAGEM; 3) ARMAZENAGEM DE ROUPA LIMPA
	ALMOXARIFADO	ARMAZENAGEM DE MOBILIÁRIO, UTENSÍLIOS E MATERIAL DE EXPEDIENTE
	LIMPEZA E SEGURANÇA, COM:	1) DEPÓSITO DE MATERIAL DE LIMPEZA; 2) ABRIGO DE RESÍDUOS SÓLIDOS

Tabela 03: Parâmetros de Estrutura Física, RDC 101
Fonte: ANVISA, 2001. Adaptado pela autora.

A RDC nº 29/2011, apresenta uma abordagem mais geral, possuindo menos ênfase na composição física detalhada dos espaços. Ainda assim, por ser uma regulamentação atual, também será considerada como base na elaboração da proposta. No tabela 04 são citadas as diretrizes abordadas nesta resolução (ANVISA, 2011):

INFRAESTRUTURA NECESSÁRIA DE ACORDO COM A RDC 29/2011		
SETOR	AMBIENTE/FUNÇÃO	OBSERVAÇÕES TÉCNICAS
HOSPEDAGEM	QUARTO	ACOMODAÇÕES INDIVIDUAIS; ESPAÇO PARA PERTENCES; DIMENSIONAMENTO CONFORME Nº DE RESIDENTES
	BANHEIRO	BACIA, LAVATÓRIO E CHUVEIRO COM DIMENSIONAMENTO PROPORCIONAL AO Nº DE RESIDENTES
TERAPIA/RECUPERAÇÃO	SALA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL; SALA DE ATENDIMENTO COLETIVO	-
	ÁREA PARA REALIZAÇÃO DE OFICINAS DE TRABALHO; SALA PARA REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES LABORAIS	-
	ÁREA PARA PRÁTICA DE ATIVIDADES DESPORTIVAS	-
ADMINISTRATIVO	RECEPÇÃO (RESIDENTES, VISITANTES, FAMILIARES); SALA ADMINISTRATIVA; ARQUIVO DE PRONTUÁRIOS; SALA DE REUNIÃO PARA EQUIPE; SANITÁRIOS PARA FUNCIONÁRIOS (MASCULINO E FEMININO)	-
APOIO LOGÍSTICO	COZINHA COLETIVA	-
	REFEITÓRIO	-
	LAVANDERIA COLETIVA	-
	ALMOXARIFADO	-
	DEPÓSITO DE MATERIAL DE LIMPEZA	-
	ABRIGO PARA RESÍDUOS SÓLIDOS	-

Tabela 04: Parâmetros de Estrutura Física, RDC 29/2011
Fonte: ANVISA, 2011. Adaptado pela autora.

Além das resoluções da Anvisa, existem normas técnicas e legislações federais que devem ser consideradas para garantir o projeto da Unidade Terapêutica para que esteja em conformidade com as exigências legais, sanitárias e assistenciais do Brasil.

A Resolução RDC nº50, de 21 de fevereiro de 2002, fala sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde (ANVISA, 2002). Embora as comunidades terapêuticas não sejam hospitais, essa norma serve como referência técnica complementar, principalmente em relação a requisitos de dimensionamento, ventilação, iluminação e fluxos internos:

[...]Art. 1º Aprovar o Regulamento Técnico destinado ao planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, anexo a esta Resolução, a ser observado em todo território nacional [...] (ANVISA, 2002).

A Resolução nº 1, de 19 de agosto de 2015, do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) estabelece as diretrizes normativas para o funcionamento das comunidades terapêuticas que atendem pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas. O documento define:

[...] Art. 4º A instalação e o funcionamento de entidades que promovem o acolhimento de pessoas com problemas associados ao abuso ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas, ficam condicionados à concessão de alvará sanitário ou outro instrumento congênere de acordo com a legislação sanitária aplicável a essas entidades [...] (BRASIL, 2015, p.2).

Sendo assim, as Unidades Terapêuticas devem oferecer ambiente acolhedor, onde os espaços devem refletir esses princípios em sua organização espacial.

Além das normativas específicas que regulamentam o funcionamento das Comunidades Terapêuticas, como a RDC nº101/2001 e a RDC nº29/2011, é importante destacar a Lei nº8.080/1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que institui as diretrizes fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) e fala que “a iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar[...]” (BRASIL, 1990). A lei prevê que em situações de indisponibilidade dos serviços públicos, o SUS pode recorrer à rede privada, conforme o artigo 24 e 25 (BRASIL, 1990):

[...] Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS) [...] (BRASIL, 1990).

Assim, mesmo que as Comunidades Terapêuticas não integrem diretamente a rede pública de saúde, muitas delas mantêm convênios com o poder público ou atuam com os serviços do SUS. Nos casos em que houver necessidade de atenção médica, a CT deverá estabelecer encaminhamento à rede pública de saúde, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou hospitais, conforme diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Os documentos como a Portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), também oferecem subsídios importantes ao citarem a articulação entre diferentes serviços de cuidado, o que implica, na questão arquitetônica, a criação de espaços que favoreçam o convívio comunitário, a autonomia e a continuidade do cuidado.

A ABNT NBR 9050:2020, também será consultada já que dispõe sobre “acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos” (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2020, p.1).

No âmbito municipal, Campo Grande tem desenvolvido legislações que podem incentivar a rede de atenção a pessoas em situação de vulnerabilidade social e dependência química.

O projeto de lei nº6.822/2022 institui o Programa de Ação Integrada e Continuada (PAIC). Implantado desde 2018, o PAIC atendeu mais de 600 pessoas em situação de rua e usuárias abusivas de álcool e outras drogas que tem como objetivo largar a dependência (CAMPO GRANDE NEWS, 2022). Conforme a prefeita Adriane Lopes enfatiza:

“Vamos garantir continuidade na oferta do suporte necessário para que essa política pública se desenvolva e cresça cada vez mais para salvar vidas na nossa cidade. Campo Grande vai virar referência com esse projeto” (CAMPO GRANDE NEWS, 2022).

O objetivo do projeto de Lei nº 6.822/2022 são os convênios e parcerias entre o Poder Executivo Municipal e as Comunidades Terapêuticas do município, com a intenção de alcançar os objetivos do PAIC. Contudo, é importante destacar que, apesar da divulgação pública da Lei, ainda não foi promulgada oficialmente no Diário Oficial, de acordo com consulta realizada ao site da Câmara Municipal de Campo Grande.

Além disso, a Lei Municipal nº 7.000/2023 fortalece a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no município, a lei traz diretrizes para o atendimento de pessoas com sofrimento psíquico, transtornos mentais e dependência de álcool e outras drogas. Um dos pontos importantes dessa Lei foi a inauguração do CAPS AD Guanandi “Márcia Zen” (figura 42), especializado no tratamento de dependência química e

abuso de medicamentos, aumentando os serviços especializados na rede municipal (CMCG, 2015). A Lei nº 7.093, modificou o inciso V do artigo 3º da Lei nº 7.000/2023, reforçando a importância de profissionais da equipe multiprofissional com formação adequada, incluindo psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, para a elaboração e acompanhamento do Projeto Terapêutico Singular (PTS) dos usuários.



Figura 42 - Caps na Avenida Manoel da Costa Lima, 3.272, Bairro Guanandi. Fonte: Campo Grande News. Foto: Marcos Maluf, 2023.

Assim, o desenvolvimento do projeto arquitetônico de uma comunidade terapêutica deve se basear em um conjunto integrado de normas que possam garantir qualidade, segurança, acolhimento e reintegração dos indivíduos em processo de recuperação.

2.7 Manual prático

O Manual Prático de Arquitetura e Urbanismo para Centros de Atenção Psicossocial elaborado por Nathali Martins Padovani (2014), traz alguns parâmetros interessantes em relação a implantação e como os elementos devem ser utilizados no local, tendo em vista a semelhança no uso.

O primeiro contato do usuário com o local é a portaria, responsável pelo controle de entrada e saída, por esse motivo é necessário que tenha uma aparência acolhedora, evitando guaritas e cancelas. O uso de pórtico pode trazer a esse local um acolhimento mais humanizado, conforme a Figura 43 (PADOVANI, 2014, p.36 APUD MACHADO, 2020, p.40).



Figura 43 - Modelo de portaria para Centros de Atenção Psicossocial.
Fonte: PADOVANI, 2014, p.36 APUD MACHADO, 2020, p.36

Além disso, a demarcação dos limites dentro da Unidade não deve remeter a sensação de prisão ou confinamento. Nesse sentido, a recomendação é que sejam utilizadas cercas vivas, elementos vazados ou grades que possuam padrão geométrico diferenciado (figura 44) dos modelos utilizados em unidades prisionais (PADOVANI, 2014, p.42 APUD MACHADO, 2020, p.40).

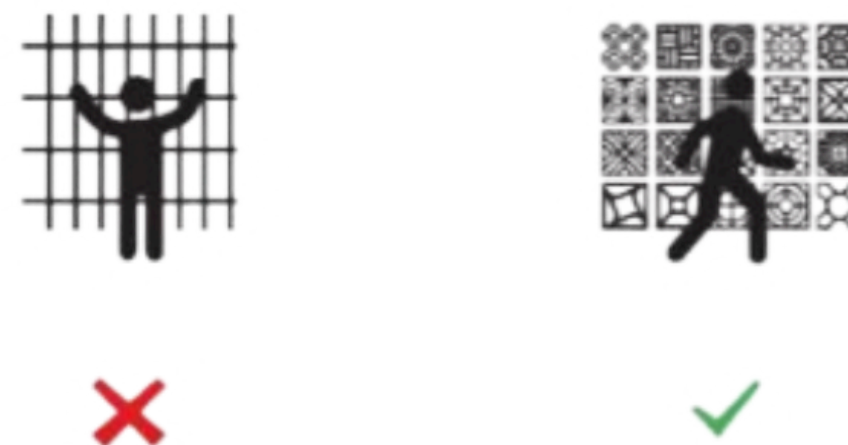


Figura 44 - Uso inadequado de grades.
Fonte: PADOVANI, 2014, p.36 APUD MACHADO, 2020, p.42

A autora fala também sobre a importância de áreas externas de contemplação que possibilitem momentos individuais, desde que supervisionados e integrados ao restante da estrutura da Unidade Terapêutica. Duas opções de implantação podem ser consideradas: o modelo introspectivo e o modelo centrífugo. O modelo introspectivo direciona as atenções para o interior da edificação, proporcionando maior controle e vigilância dos usuários, conforme a figura 45. Esse tipo de implantação é mais utilizado para áreas externas, pois além de permitir um pátio central, exige recuos laterais entre a edificação e as extremidades do terreno. Essa configuração foi muito utilizada em hospitais psiquiátricos, prisões e escolas e deve ser adaptado para garantir o acolhimento e humanização dos espaços (PADOVANI, 2014, p. 40 APUD MACHADO, 2020, p. 41).

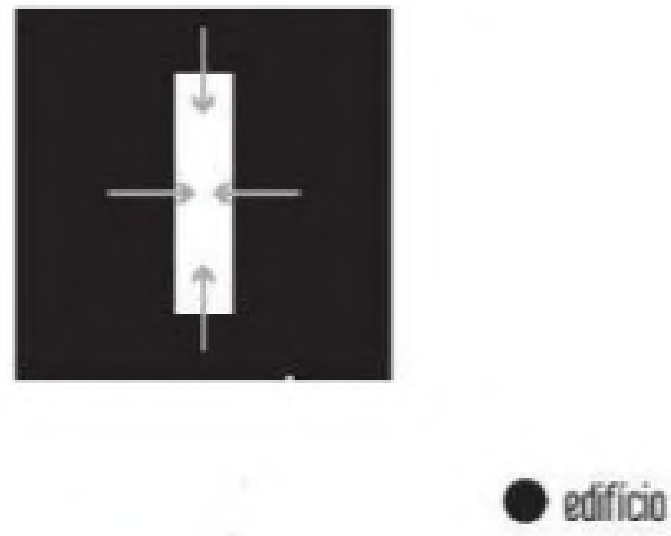


Figura 45 - Modelo introspectivo.
 Fonte: PADOVANI, 2014, p.36 APUD MACHADO, 2020, p.40

Já o modelo centrífugo proporciona uma integração maior com o entorno da edificação, valorizando a relação do espaço interno com o ambiente externo e com a comunidade, conforme mostra a figura 46. Esse modelo é recomendado para terrenos mais compactos por otimizar o aproveitamento da área disponível (PADOVANI, 2014, p. 40 APUD MACHADO 2020, p.42).

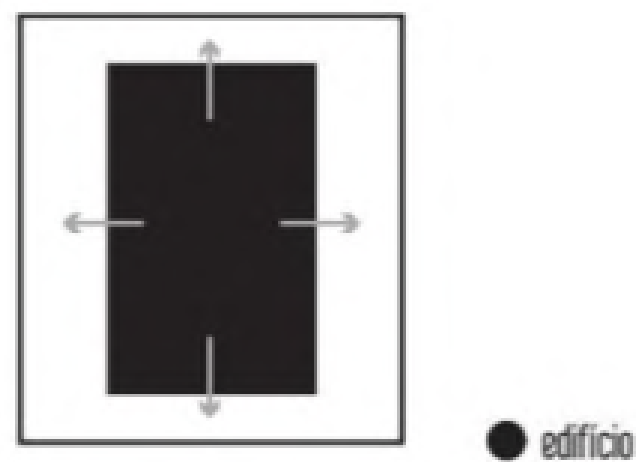


Figura 46 - Modelo Centrífugo.
 Fonte: PADOVANI, 2014, p.36 APUD MACHADO, 2020, p.40

Outro aspecto de grande importância no projeto de Unidades Terapêuticas é a valorização do espaço externo como parte integrante do processo terapêutico e de interação social. O ambiente deve “ser um espaço arborizado, apropriado com jardins, horta, pomar, quadra de esportes, aparelhos de ginástica, mobiliários para descanso;” (PADOVANI, 2014, p.42).

Além dos espaços verdes, é de grande importância incluir espaços de lazer, convivência ao ar livre e prática de esportes. Esses espaços são responsáveis por romper a sensação de confinamento, reforçando o sentimento de pertencimento, extremamente necessário no processo de recuperação. A apropriação do espaço trata-se de outro ponto essencial, os ambientes devem ser projetados de forma a permitir a personalização e uso coletivo (figura 47), evitando a dureza que caracteriza modelos hospitalares.

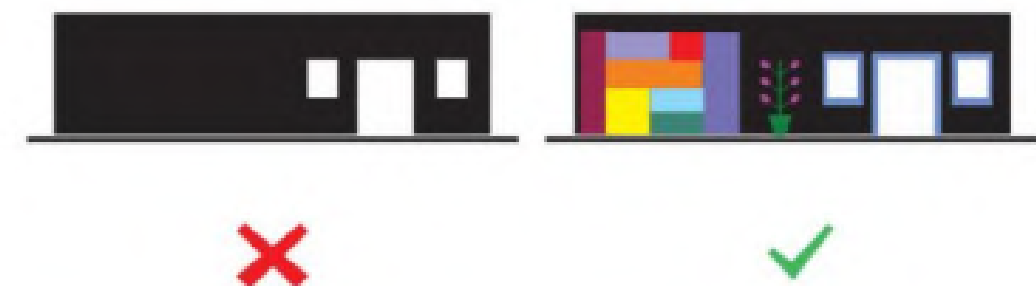


Figura 47 - Apropriação do espaço.
 Fonte: PADOVANI, 2014, p.36 APUD MACHADO, 2020, p.40

Portanto, ao planejar uma Comunidade Terapêutica é imprescindível que a prioridade dos ambientes sejam de apropriação e participação ativa dos usuários, o que possibilita o fortalecimento do processo terapêutico e a autonomia do usuário.



3.

ESTUDOS DE CASO



FI
CHA
TÉC
NI
CA

3.1. CENTRO MAGGIE DE OLDHAM

LOCAL: OLDHAM

ESCRITÓRIO: DRMM ARQUITETOS

CONCLUSÃO DO PROJETO: 2017

ÁREA: 260 M²



Figura 48: Fachada Centro Maggie

Fonte: Archdaily, adaptado pela autora.



3.1 Centro Maggie de Oldham, Reino Unido

O Centro Maggie (figura 48) é um espaço de apoio integrativo que oferece suporte a pessoas em tratamento contra o câncer, localizado na cidade de Oldham, no Reino Unido, integra uma ampla rede internacional. O primeiro Centro foi fundado na Escócia, em 1996, em homenagem a Maggie Keswick Jencks, uma escritora, jardineira e designer que recebeu o diagnóstico de câncer e idealizou um espaço não hospitalar, mais acolhedor e humanizado, onde pacientes pudessem encontrar conforto diante de seus diagnósticos. Essa forma de olhar e entender o edifício foi chamada de “arquitetura da esperança”, buscando ajudar as pessoas a viverem bem em um local que mais parece uma casa oferecendo um local de calma e descanso (MAGGIE’S, 2023).

3.1.1 Implantação e relação com o entorno

O Centro Maggie foi implantado no mesmo terreno que o Royal Oldham Hospital, permitindo a circulação entre os edifícios e facilitando o uso dessas instalações (figura 50). O Centro se integra na paisagem pelo uso de madeira natural (CLT) e jardins que cercam o perímetro do edifício. Sua implantação tira partido da topografia criando acessos, jardins e a escada principal.

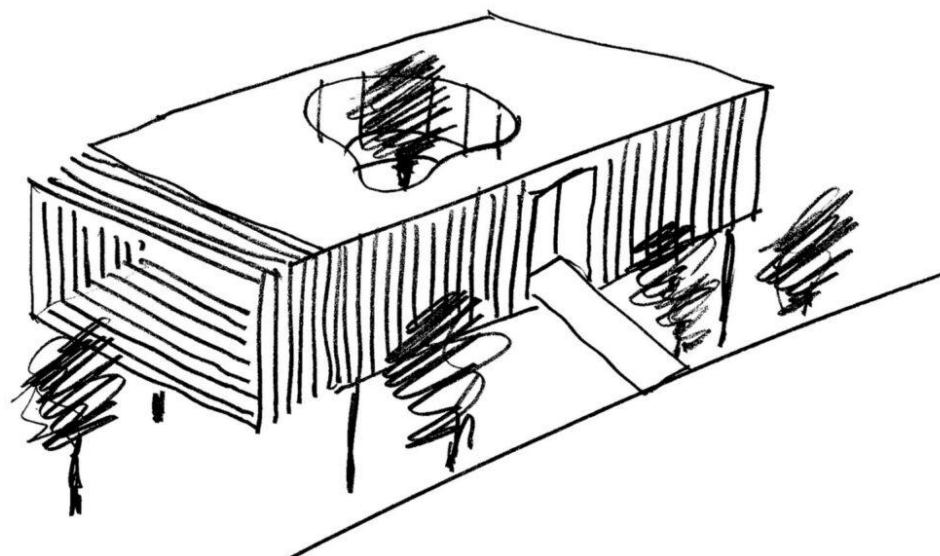


Figura 49: Croqui do edifício

Fonte: DRMM Arquitetos



Figura 50: Vista aérea do Maggie evidenciando sua implantação junto ao hospital. urbana.
Fonte: Google Earth. Elaborado pela autora.

Pelo mapa de localização (figura 50) observa-se que a fachada principal está voltada para a porção sul do terreno e a fachada secundária para a porção norte. Ademais, a área em que está inserido compreende um complexo hospitalar, portanto existem ao redor diversos equipamentos de saúde para diferentes tipos de tratamento.

3.1.2 Organização espacial e setorização

Segundo os arquitetos responsáveis pelo projeto, o centro “deveria ser cuidadosamente projetado em torno do conforto e do bem-estar de seus ocupantes, oferecendo um local de calma e descanso em um ambiente não medicalizado, apesar de estar em um local de hospital” (DRMM, 2017).

Sendo assim, a organização espacial segue uma lógica de clareza e fluidez pensando na visão do indivíduo ao entrar no local. Ao observar as imagens (figura 51 e 52) e a planta (figura 53) percebe-se a presença de grandes esquadrias fixas e móveis que permitem a entrada de luz natural no local e fazem a integração com o exterior do edifício.

Podemos entender a planta do edifício de modo que todos os ambientes envolvem o pátio interno ajardinado, de modo geral, ele é voltado para a porção norte do terreno (figura 52), o que garante a vista direta para as montanhas. A cozinha possui um terraço ao sul (figura 51), e conforme a planta as salas de consulta, banheiros e salas de funcionários ficam a leste. O layout aberto e a ausência de corredores fechados contribuem para a sensação de integração e acolhimento, apesar disso, o projeto também oferece privacidade para cada uma das funções.

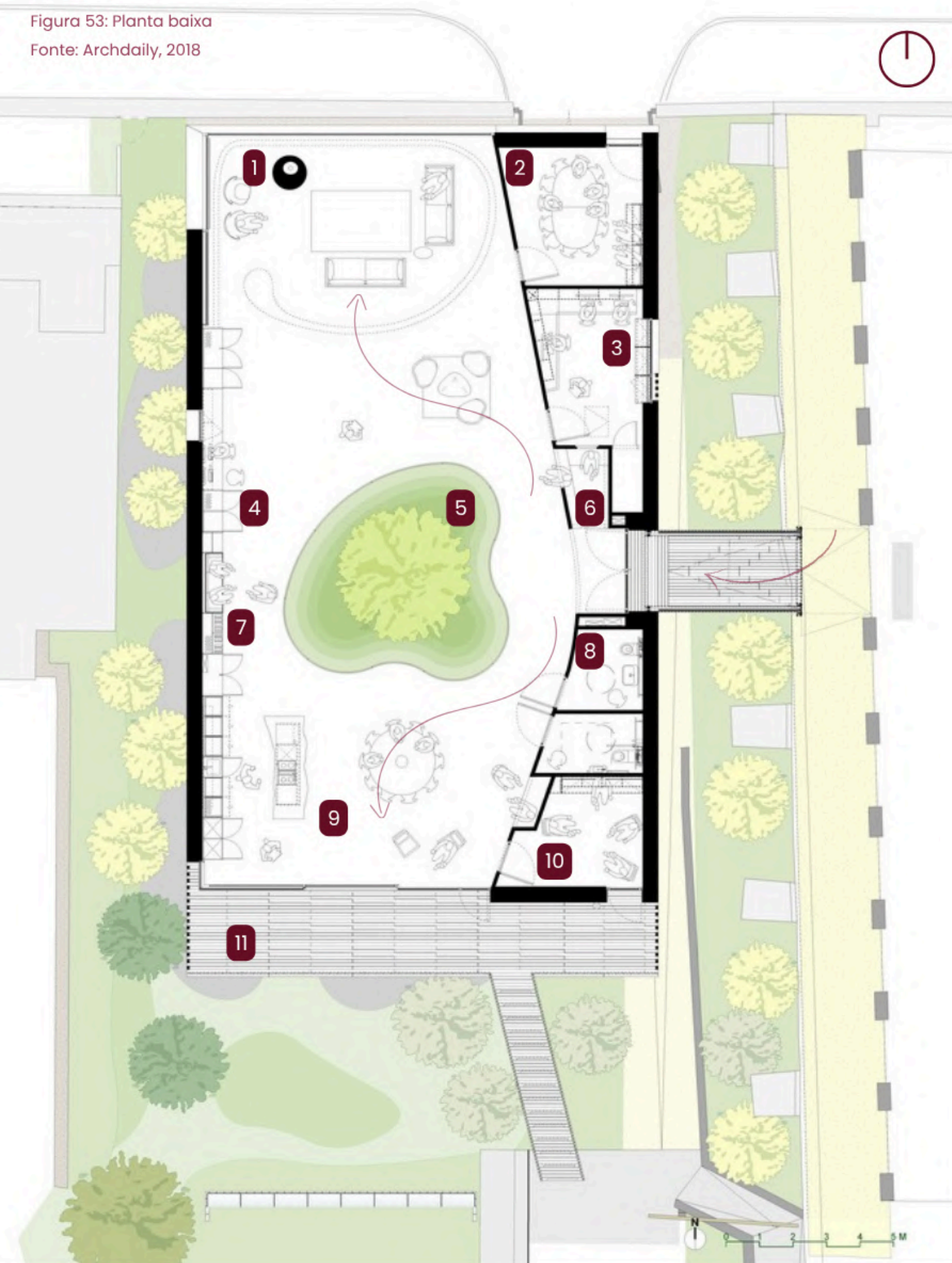


Figura 51: Sacada.

Figura 52 : Atendimento psicossocial e contemplação.

Fonte: Archdaily, 2018

Figura 53: Planta baixa
Fonte: Archdaily, 2018



LEGENDA

- 1 - Atendimento psicológico
- 2 - Sala de reunião / atendimentos coletivos
- 3 - Sala administrativa
- 4 - Biblioteca

- 5 - Jardim Interno
- 6 - Apoio interno
- 7 - Espaço de convivência
- 8 - Sanitários
- 9 - Sala de atendimento individual
- 10 - Varanda / Deck externo

3.1.3 Iluminação, ventilação e ambiência

A infraestrutura do local possui como elemento principal do projeto a iluminação natural. Como mostra a planta os fluxos e aberturas foram pensados para que a entrada de luz criasse claros, em que há visão do exterior e conexão entre todos os ambientes, aspectos de grande importância na recuperação.

O jardim interno (figura 54) também se destaca, por possuir uma superfície curva de vidro trazendo a relação interior e exterior e organizando espacialmente os fluxos garantindo que todos os ambientes internos tenham visuais diretos para a vegetação. Para a ventilação do local, as aberturas foram posicionadas em fachadas opostas garantindo que seja cruzada e natural.

Quanto aos ambientes e usos propostos no programa, destacam-se a cozinha (9) que funciona como um espaço de encontro, que é capaz de promover as interações entre os usuários do local. Além disso, os ambientes de atendimento (2 e 10) foram projetados para garantir privacidade, silêncio e acolhimento, sem deixar de integrar o espaço. A circulação pelo local é intuitiva, não possui longos corredores e nem sinalizações hospitalares, de modo que o usuário se sinta livre no espaço, utilizando qualquer um dos espaços.



Figura 54: Área de convivência e contemplação

Figura 55 : Cozinha.

Fonte: Archdaily, 2018

3.1.4 Materialidade e técnicas construtivas

A estrutura do local utiliza como sistema construtivo principal a madeira laminada cruzada (CLT - cross laminated timber) que permite que a estrutura seja montada de forma mais rápida, além disso diante da localização do local esse tipo de construção garante conforto térmico e baixo impacto ambiental. As paredes e a cobertura são formadas por painéis que também funcionam como acabamento, como mostra a figura 55. Para o forro do edifício foram reaproveitados as sobras dos recortes da fabricação dos painéis, resultando em um processo que buscou não desperdiçar nos processos.

Outro aspecto importante são os elementos que foram pensados especialmente para esses usuários. Pacientes em tratamento oncológico podem ter sensibilidade ao toque, por esse motivo as maçanetas metálicas foram substituídas por peças feitas em madeira carvalho (figura 56), que permite o toque mais confortável.

Já na área externa, a estrutura é sustentada por pilares que fazem com que o edifício pareça flutuar sobre a vegetação do jardim (figura 60) que invade o espaço interno através da abertura em vidro curvo como mostra a figura 54.



Figura 56: Maçanetas de madeira

Fonte: Archdaily, 2018



Figura 57: Mobiliários

Fonte: Archdaily, 2018



Figura 58: Corte lateral Centro Maggie.
 Fonte: Archdaily, adaptado pela autora.

Na parte externa do local foi projetado um terraço jardim que contribui no tratamento a partir da criação de um ambiente sensorial. Um dos elementos de destaque presente no terraço é a estufa que possui um pequeno jardins de ervas (figura 59). Além disso, o local possui também uma área de convivência ao ar livre com cadeiras e mesas que aproximam os usuários desse local, permitindo que cultivem as plantas, mexam com a terra e compartilhem o cuidado do local (figura 61).

A composição externa do projeto com jardins e áreas de lazer dialogam diretamente com toda a estrutura do local e permite a continuidade visual entre os espaços de dentro e de fora.





Figura 59: Jardim de ervas

Figura 60: Vegetação adentrando o interior do edifício

Fonte: Archdaily, 2018

Figura 61: Área de convivência externa

Figura 62: Cozinha

Fonte: Archdaily, 2018



FI CHA TÉC NI CA

3.2. COMPLEXO DE REFERÊNCIA ESTADUAL EM SAÚDE MENTAL - PROFº JAMIL ISSY

LOCAL: APARECIDA DE GOIÂNIA, GOIÁS - BRASIL

AUTOR DO PROJETO: LUIZ ROBERTO BOTOSSO JÚNIOR

ÁREA DO TERRENO: 99.000M²

ÁREA CONSTRUÍDA: 10.000M²

Figura 63: Fachada CRESM

Foto: Díomício Gomes

Fonte: O popular, adaptado pela autora.



3.2 Centro de Referência Estadual em Saúde Mental - CRESM

Se trata de um Centro de Saúde público destinado ao tratamento de pessoas com transtornos mentais e dependência química, localizado em Aparecida de Goiânia (GO). Apesar de não se tratar de uma comunidade terapêutica, o local é relevante para este trabalho por conta da forma como organiza seus espaços, a setorização clara dos blocos, os fluxos definidos e a relação com o entorno.

O local possui estrutura hospitalar e oferece internações voluntárias e involuntárias, além disso possui uma equipe multiprofissional, incorporando práticas terapêuticas em um ambiente que prioriza a organização funcional e a qualidade dos espaços.

3.2.1 Implantação e relação com o entorno

O projeto foi implantado em um terreno de 90.000m² e possui 10.000m² de área construída. O conjunto é composto por blocos organizados em setores, conectados por eixos de circulação cobertos. A implantação foi pensada para valorizar a integração dos residentes a partir do pátio central e áreas de convivência. No entorno, existe uma mata preservada que contribui para o conforto térmico do local e o uso de espaços abertos entre os blocos permite a ventilação cruzada e iluminação natural no local.

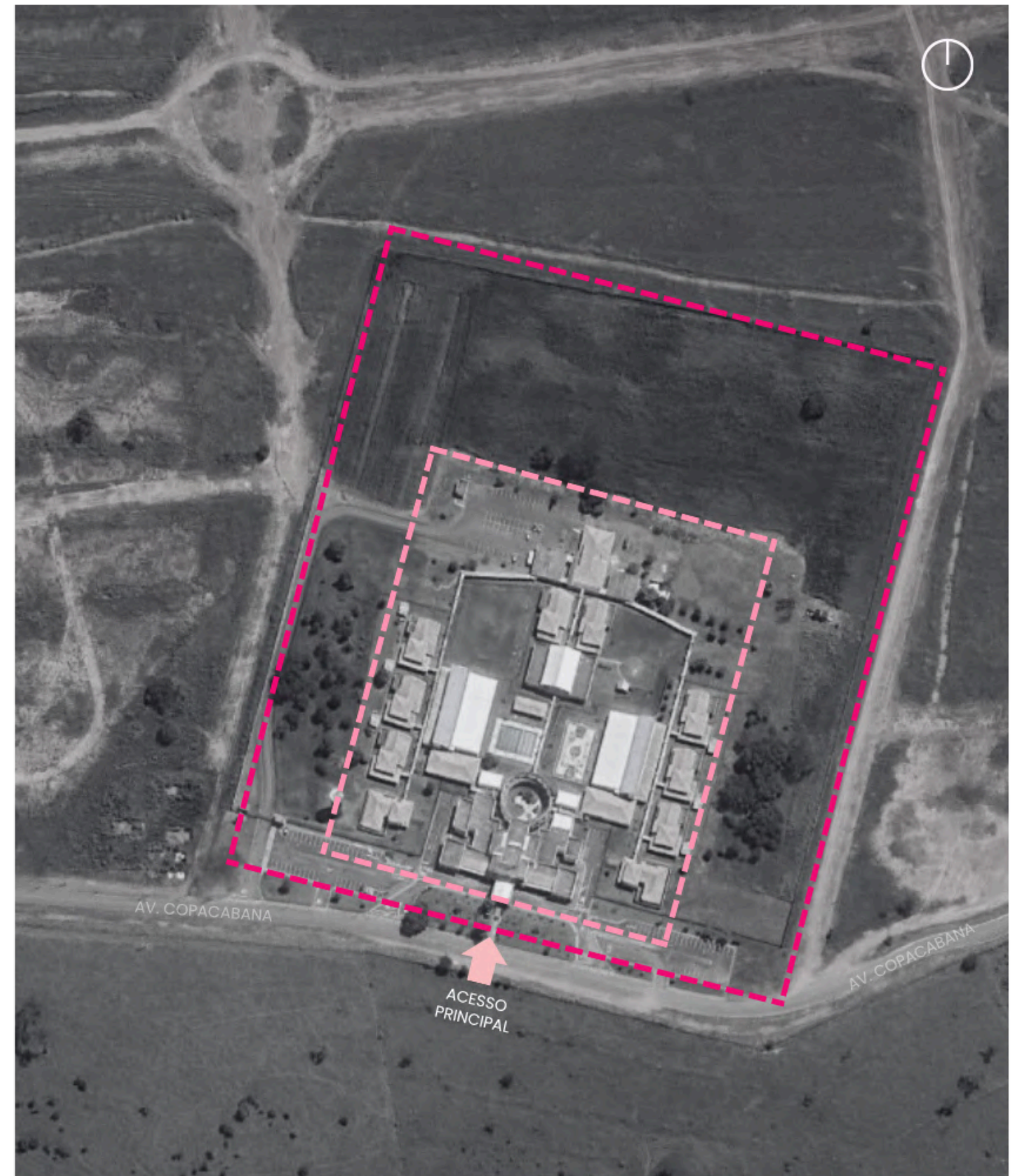


Figura 64: Vista aérea do Centro de Referência Estadual em Saúde Mental - CRESM.
Fonte: Google Earth. Elaborado pela autora.



Figura 65: Vista aérea e setorização do Centro de Referência Estadual em Saúde Mental - CRESM. Fonte: Google Earth. Elaborado pela autora.

3.2.2 Organização funcional e fluxos internos

O projeto foi dividido em cinco setores. O primeiro é a administração do local (figura 66), onde os pacientes são recebidos após o encaminhamento por meio do CAPS, UBS ou UPA do município. Ao chegarem ao local, os pacientes são avaliados e, a partir do diagnóstico o tratamento poderá ser clínico ou ambulatorial. O segundo setor é a área central de convivência (figura 67) o local fica a céu aberto, possui áreas verdes e mobiliário para que os pacientes possam circular e fazer uso do local. O terceiro setor é a área social (figura 68), composta por três blocos são oferecidas atividades terapêuticas, tais como: musicoterapia, hidroginástica, natação, vôlei, futsal, futebol de campo, peteca, jogos de tabuleiros, musculação, arteterapia, caminhadas, horta terapêutica, terapia individual, terapia de grupo, grupo de tabagismo e avaliação médica. O quarto setor (figura 69) abriga 108 leitos, sendo eles 96 para internação e 12 para a desintoxicação. Em relação a divisão por gênero, o local possui 72 leitos para o público masculino adulto e 24 para o feminino adulto. O quinto setor compõe as áreas verdes de circulação.



Figura 66: Administração e recepção do local.

Figura 67: Área central de convivência.

Fonte: Jornal Opção / Foto: Larissa Quixabeira

Figura 68: Área social.

Figura 69: Leitos.

Fonte: Jornal Opção / Foto: Larissa Quixabeira

A figura 65 da vista aérea do CRESM evidencia a clareza dos fluxos entre os setores e como a circulação foi planejada de forma que evitasse cruzamentos desnecessários entre as funções administrativas, sociais e de apoio.

Os blocos são predominantemente térreos e o acesso principal está localizado na porção frontal do terreno, junto com o setor administrativo, e a partir do hall de entrada os fluxos se distribuem lateralmente por corredores e blocos que se conectam no complexo.

Os núcleos de atendimento (leitos) estão nas partes mais internas do terreno conforme mostra a figura 65, proporcionando mais privacidade aos pacientes do local. As unidades de convivência, como quadras esportivas, piscina e jardins, estão centralizadas e cercadas pelos blocos de tratamento, o que facilita o deslocamento dos usuários para as atividades externas.

Ao observar a planta do local é notável que o desenho favorece a hierarquização dos fluxos, organizando os setores de forma coerente. A divisão entre os ambientes públicos (administração, refeitório, áreas de lazer) e semipúblicos (enfermarias, dormitórios e salas clínicas) é perceptível.

3.2.3 Estratégias de conforto ambiental e humanização

O projeto faz uso de jardins, luz natural e diversas atividades que criam uma ambiência terapêutica e os blocos térreos espaçados facilitam a orientação dos pacientes e funcionários no espaço, diminuindo a sensação de confinamento no local. A forma como os espaços se organizam, o programa de necessidades e o uso da paisagem são diretrizes fundamentais que servem como referência proposta desse trabalho.





4.

O LOCAL E O PROJETO

4.1 Análises Urbanas - Área do Projeto e Entorno

Este capítulo aborda o processo de análise urbana que fundamenta o desenvolvimento da proposta arquitetônica da Unidade Terapêutica. A partir da definição dos terrenos escolhidos em Campo Grande/MS, foram analisadas as condições urbanas e ambientais que justificam essa escolha, considerando aspectos como o afastamento do centro urbano, a presença de áreas verdes no entorno, a facilidade de acesso e a infraestrutura existente.

São abordados ainda elementos como a caracterização do entorno imediato, as condições de mobilidade e acessibilidade, e a análise do zoneamento e do uso e ocupação do solo, com base no Plano Diretor Municipal (Lei Complementar n.º 341/2018).

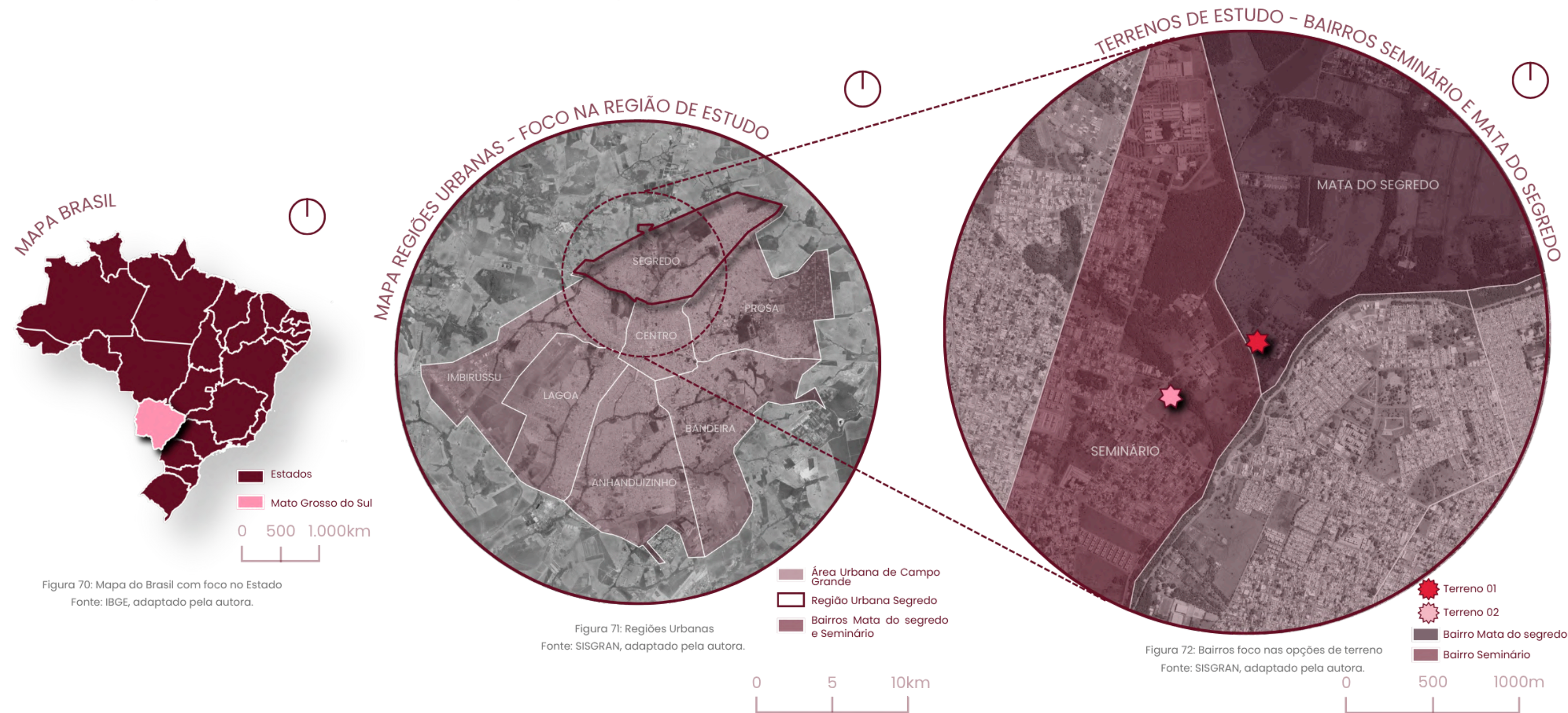


Figura 70: Mapa do Brasil com foco no Estado
Fonte: IBGE, adaptado pela autora.

Figura 71: Regiões Urbanas
Fonte: SISGRAN, adaptado pela autora.

Figura 72: Bairros foco nas opções de terreno
Fonte: SISGRAN, adaptado pela autora.

4.1.1 Justificativa da escolha da área

A escolha do terreno para a implantação da unidade terapêutica foi feita com base em duas linhas de pensamento e seus critérios. A primeira está relacionada às demandas das mulheres, e a segunda, aos princípios do projeto.

A escolha do terreno para a implantação da unidade terapêutica foi feita com base em duas linhas de pensamento e seus respectivos critérios. A primeira está relacionada às demandas das mulheres, e a segunda, aos princípios do projeto.

A primeira linha de pensamento tem a ver com a necessidade de distanciamento das áreas onde ocorrem o tráfico e o uso de drogas, demonstrando um cuidado adicional com as pessoas que buscam tratamento. Outro aspecto considerado foi a carência de unidades terapêuticas dessa natureza nos bairros Seminário e Mata do Segredo.

A segunda linha de pensamento relaciona-se aos princípios do projeto, entre os quais destacam-se a presença de áreas verdes e de zonas de interesse ambiental (ZEIA) no entorno, o que contribui para a construção de um local mais saudável e integrado à natureza. Outro critério importante para a escolha foi a acessibilidade, entendendo este conceito está relacionado a conectividade com outras áreas da cidade e com os equipamentos de saúde, bem como a exigência de que o terreno apresentasse infraestrutura urbana básica já implantada e acesso ao transporte público.

Além disso, os terrenos selecionados tratam-se de glebas ainda não parceladas nem loteadas. Por esse motivo, como parte da proposta do trabalho, foi feito um estudo de parcelamento dessas áreas, resultando em cinco lotes, dos quais dois foram escolhidos para estudo como opções viáveis para a implantação da unidade terapêutica.

Assim, tanto a **opção 1** quanto a **opção 2** possuem pavimentação asfáltica, acesso por linhas de ônibus e boa conectividade com a malha urbana de Campo Grande, o que facilita o deslocamento dos residentes, familiares e da equipe técnica.

A **opção 1** refere-se a um terreno localizado no bairro Seminário, na Rua do Seminário, com aproximadamente **13.285,26 m²** (figura 74). Já a **opção 2** corresponde ao terreno situado no bairro Mata do Segredo, na Rua Corguinho, com **9.305,82 m²** (figura 75).



Figura 73: População dos bairros de estudo
Fonte: SIMGEO, Elaborado pela autora.

4.2 Proposta de loteamento da gleba: Estruturação Espacial e Potencial de Ocupação

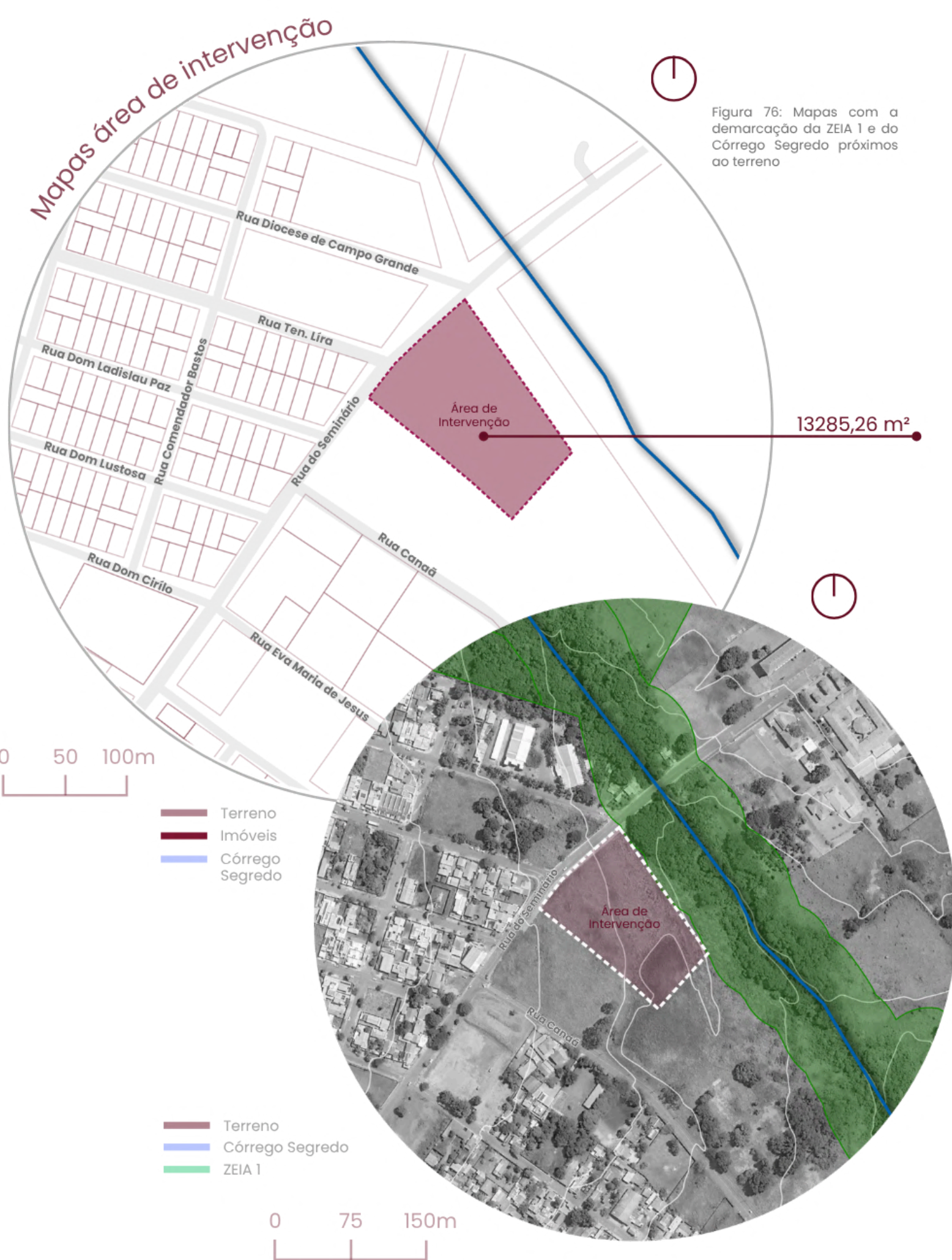
Diante da escolha por áreas ainda não parceladas na malha urbana de Campo Grande/MS, optou-se por propor o loteamento das glebas selecionadas com o objetivo de viabilizar a implantação do projeto.

A gleba, localizada no bairro Seminário, situada na Rua do Seminário, foi dividida em 18 lotes. O **área 1** (figura 74) selecionado para o estudo de implantação, com 12.518,33 m², engloba 7 lotes e seu posterior remembramento. Foi escolhido por estar localizado ao lado de uma Zona de Especial Interesse Ambiental (ZEIA) e por sua proximidade com o córrego, o que proporciona um local favorável à implantação de espaços terapêuticos, como hortas e jardins, mantendo a preservação das áreas de APP.

A segunda gleba, localizada no bairro Mata do Segredo, na Rua Corguinho, foi dividida em dois lotes. O **lote 4** com 9.305,82 m² também tem como ponto positivo sua proximidade com uma ZEIA, permitindo o contato visual e ambiental com áreas de vegetação, o que contribui diretamente para a proposta de uma arquitetura voltada ao acolhimento e ao bem-estar psicológico.

A proposta urbanística foi pensada de forma estratégica, levando em consideração alguns aspectos como: preservação ambiental, acessibilidade urbana e potencial de expansão, buscando nortear os objetivos e princípios do projeto





4.3 Análise do terreno

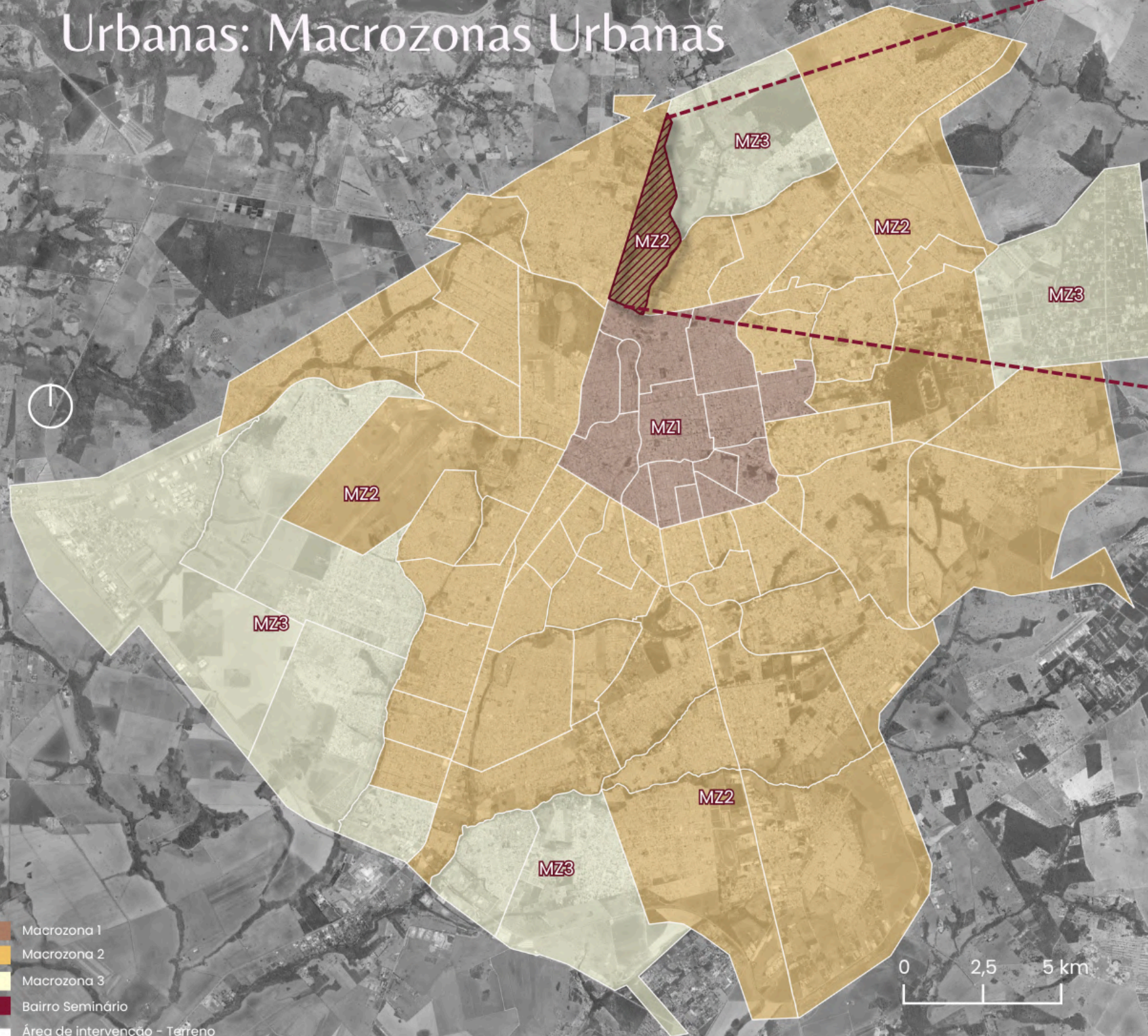
A **opção 1** foi selecionada para a implantação da unidade terapêutica devido às potencialidades que o terreno apresenta, tanto em termos urbanísticos quanto ambientais. Localizado na **Região Urbana do Segredo**, no **bairro Seminário**, o terreno faz parte de uma gleba que foi subdividida conforme proposta anterior deste trabalho, resultando em 7 lotes. A área escolhida corresponde ao **lote 1**, com aproximadamente 13.285,26 m².

O terreno possui frente voltada para a Rua do Seminário, classificada como via coletora, e na lateral a Rua Canaã, é classificada como via arterial, ambas pavimentadas.

Outro aspecto determinante foi a proximidade com uma Zona Especial de Interesse Ambiental (ZEIA) e com o córrego situado no limite do terreno, o que favorece a implantação de um projeto integrado à natureza.

O terreno também apresenta outras potencialidades relevantes, como sua localização em um bairro caracterizado por baixo adensamento, trânsito moderado e ausência de construções verticalizadas, o que favorece a incidência solar e a ventilação natural. Por tratar-se de uma área com infraestrutura urbana implantada, o acesso é facilitado tanto por meios de transporte público, devido à presença de pontos de ônibus em frente ao lote, quanto por transporte individual, com vias em boas condições. A partir do terreno, é possível chegar ao CAPS AD IV em cerca de 14 minutos de carro, e ao CAPS Guanandi em aproximadamente 15 minutos, demonstrando a boa conexão com os equipamentos públicos que atendem esses residentes.

4.3.1 Terreno e Normativas Urbanas: Macrozonas Urbanas



- Macrozona 1
- Macrozona 2
- Macrozona 3
- Bairro Seminário
- Área de intervenção - Terreno

Figura 77: Macrozonas Urbanas com destaque para o bairro Seminário
 Fonte: Plano Diretor do Município de Campo Grande MS, Adaptado pela autora.

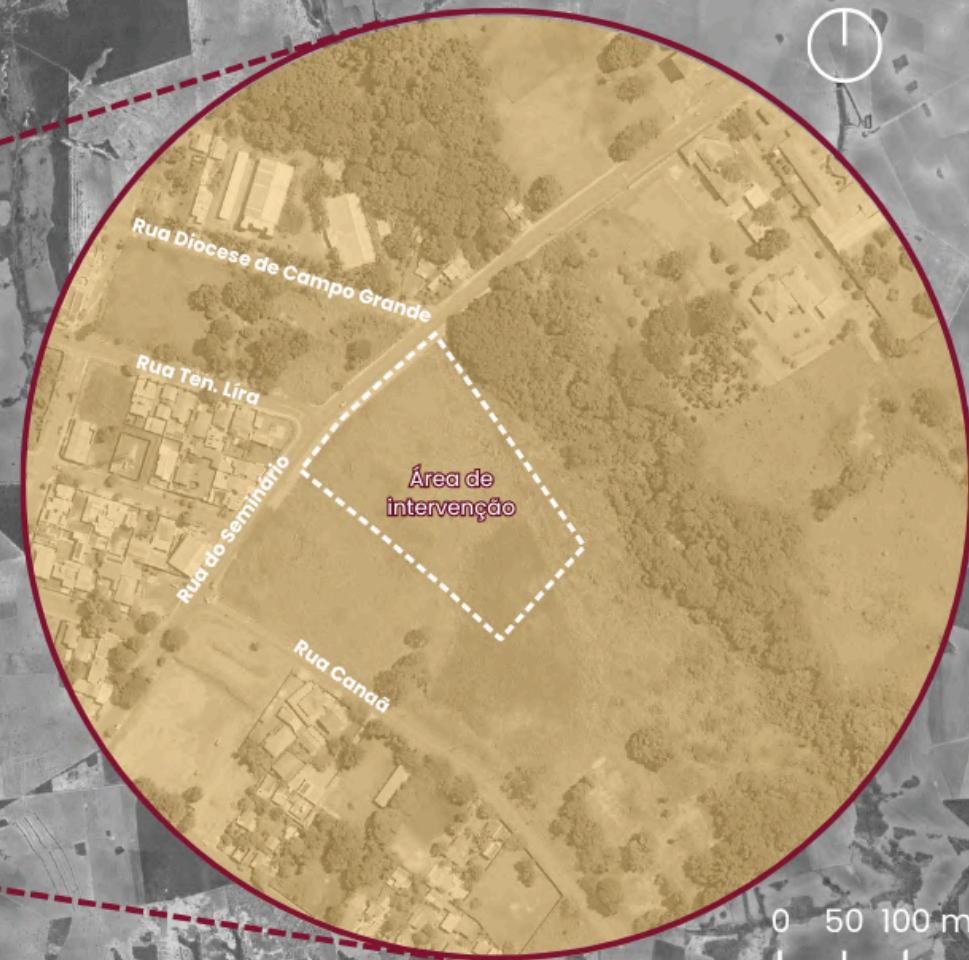


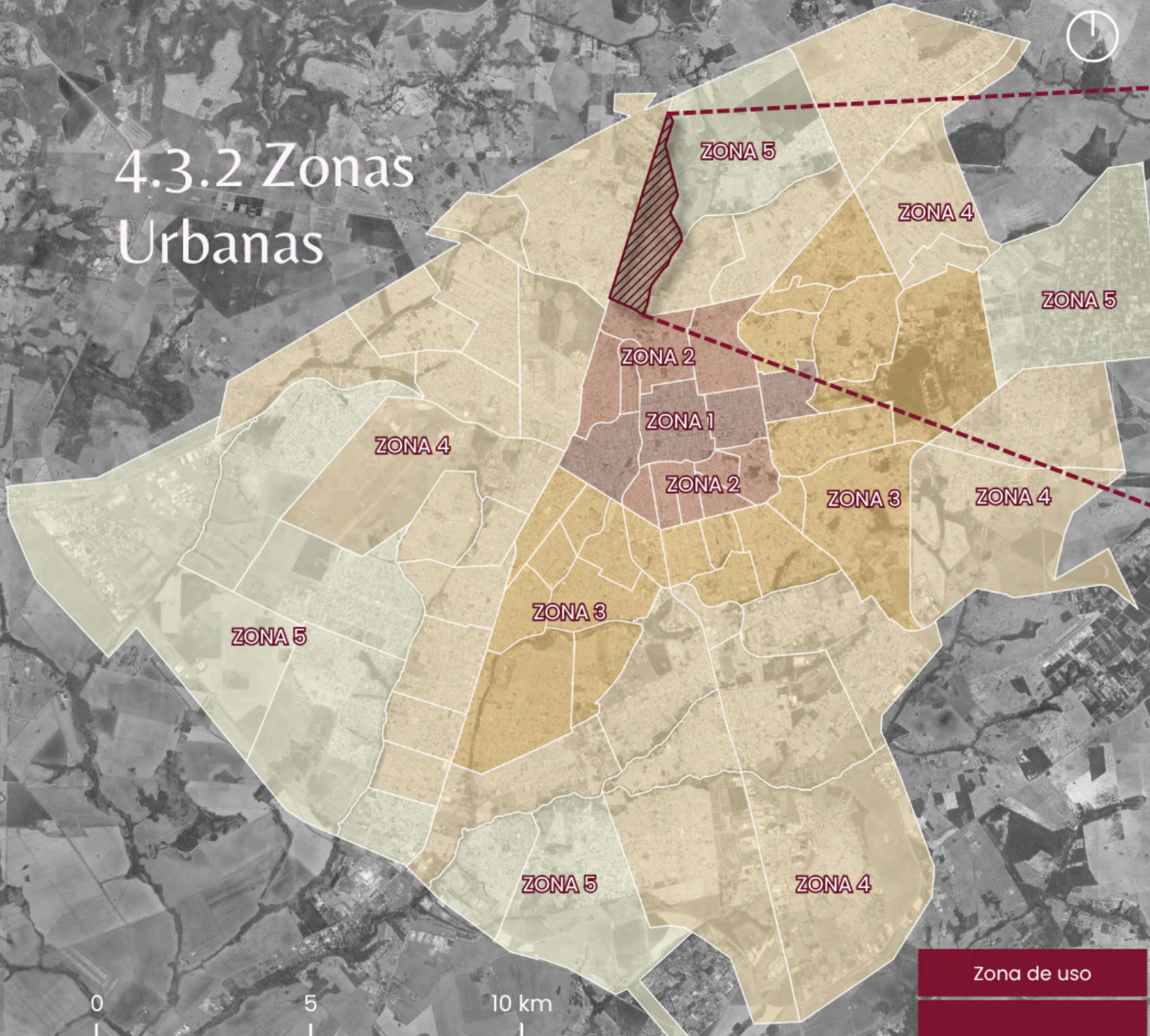
Figura 78: Demarcação do terreno - Macrozona 2
 Fonte: Plano Diretor do Município de Campo Grande MS, Elaborado pela autora.

Plano Direto do Município de Campo Grande - MS
 Lei Complementar nº 341 de 2018

Macrozona Urbana 2	área "de adensamento prioritário, com densidade demográfica líquida prevista de até 240 habitantes por hectare e densidade demográfica de até 55 habitantes por hectare" (CAMPO GRANDE, 2018, p.3).
--------------------	---

Tabela 05: Definição Macrozona 2
 Fonte: Plano Diretor do Município de Campo Grande MS, Elaborado pela autora.

4.3.2 Zonas Urbanas



- Zona 1
- Zona 2
- Zona 3
- Zona 4
- Zona 5
- Bairro Seminário
- Hidrografia
- Área de intervenção - Terreno

Figura 79: Zonas Urbanas com destaque para o bairro Seminário
 Fonte: Plano Diretor do Município de Campo Grande MS. Adaptado pela autora.

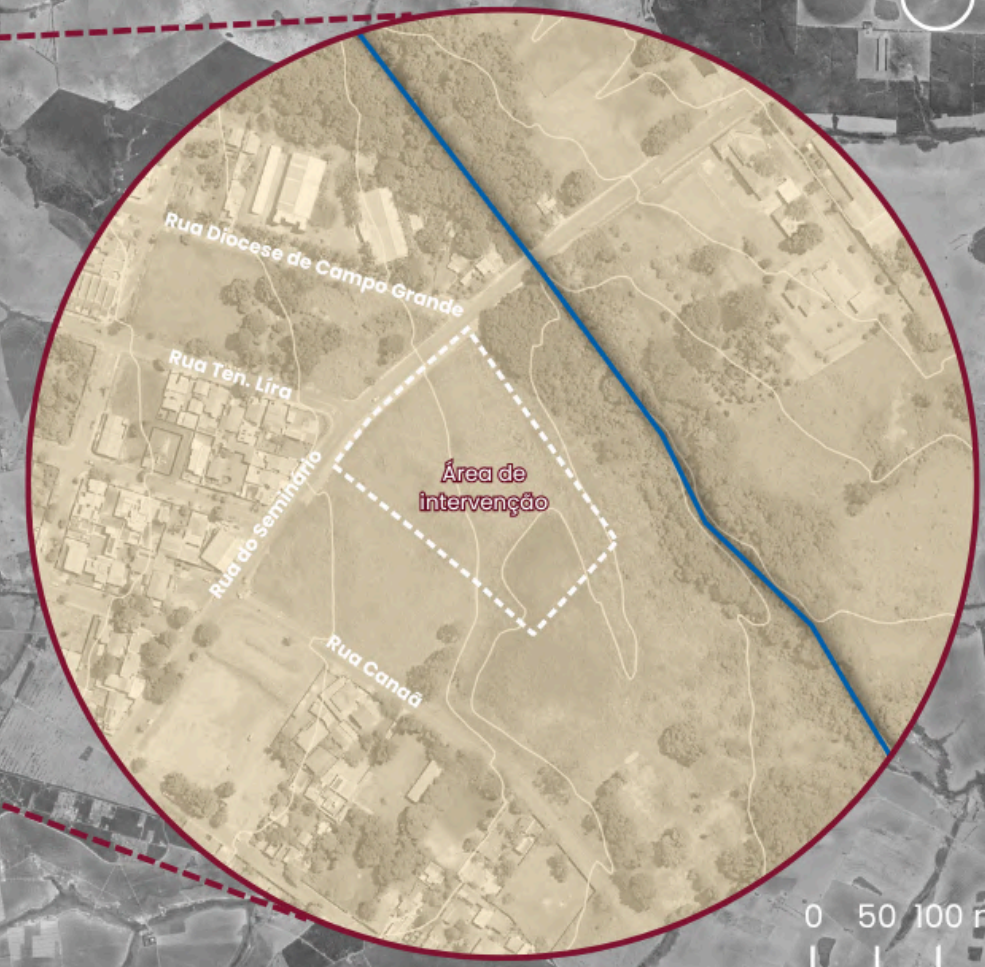


Figura 80: Demarcação do terreno - Zona Urbana 4
 Fonte: Plano Diretor do Município de Campo Grande MS, Elaborado pela autora.

Tabela 06: Índices Urbanísticos Zona Urbana 4
 Fonte: Plano Diretor do Município de Campo Grande MS, Elaborado pela autora.

Zona de uso	LEI COMPLEMENTAR 341/2018 - ANEXO 8.1			
	Taxa de ocupação	Coefficiente de aproveitamento	Índice de elevação	Recuo Mínimo Frente, Lateral e Fundos
Z4	0,5	2	4	<ul style="list-style-type: none"> IE maior que 2 - 5,00 IE até 2 - Livre IE maior que 2 - h/4 (mínimo 3,00)

Tabela 07: Usos Permitidos Zona Urbana 4
 Fonte: Plano Diretor do Município de Campo Grande MS, Elaborado pela autora.

Zona de uso	LEI COMPLEMENTAR 341/2018 - ANEXO 8.1						
	Residencial	Comércio Varejista	Comércio Atacadista	Serviços	Industrial	Loteamento	Especial
Z4	R1, R2, R3	V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8, V9, VII	A1, A2, A3, A4, A5, A6, A9	S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S10, S11, S12, S13, S14, S15, S16, S17, S18, S19, S20, S21	I1, I2, I3, I4, I5	L1, L2, L3, L5	E1, E2, E3, E4, E7, E8, E10, E11(****), E12(***), E13, E18, E19, E20, E21(***)

De acordo com o Plano Diretor de Campo Grande, instituído pela Lei Complementar n.º 341 de 2018, o terreno escolhido está inserido na **Macrozona Urbana 2 (M22)**, definida como uma área de “adensamento prioritário, com densidade demográfica líquida prevista de até 240 habitantes por hectare e densidade demográfica bruta de até 55 habitantes por hectare (CAMPO GRANDE, 2018, p.3).

Além disso, a área encontra-se na **Zona Urbana 4 (Z4)**, as diretrizes de uso e ocupação para essa zona estão descritas na Tabela 07 de Usos Permitidos na Z4 e na Tabela 06 de Índices Urbanísticos da Z4, elaboradas com base na legislação vigente, tais parâmetros apresentados são fundamentais para o desenvolvimento deste do projeto.

O terreno também está classificado como pertencente à **Zona Ambiental 5 (ZA5)**, possuindo taxa de permeabilidade de 30%.

4.3.3 Carta de drenagem

Quanto à drenagem urbana, o terreno está inserido na Bacia do Córrego Segredo e apresenta **Grau de Criticidade V** (figura 82), que indica uma suscetibilidade a alagamentos, inundações, falhas no sistema de escoamento pluvial, sistema de microdrenagem insuficiente em vários pontos, bocas-de-lobo assoreadas com localização e distribuição irregular, além da ocorrência de ligações clandestinas de esgoto. Diante disso, o plano propõe alguns serviços e obras necessárias como o desassoreamento e limpeza das redes, alargamento e aprofundamento, implantação de sistemas de microdrenagem e a construção de reservatórios de contenção (“piscinões abertos”) (CAMPO GRANDE, 1996).

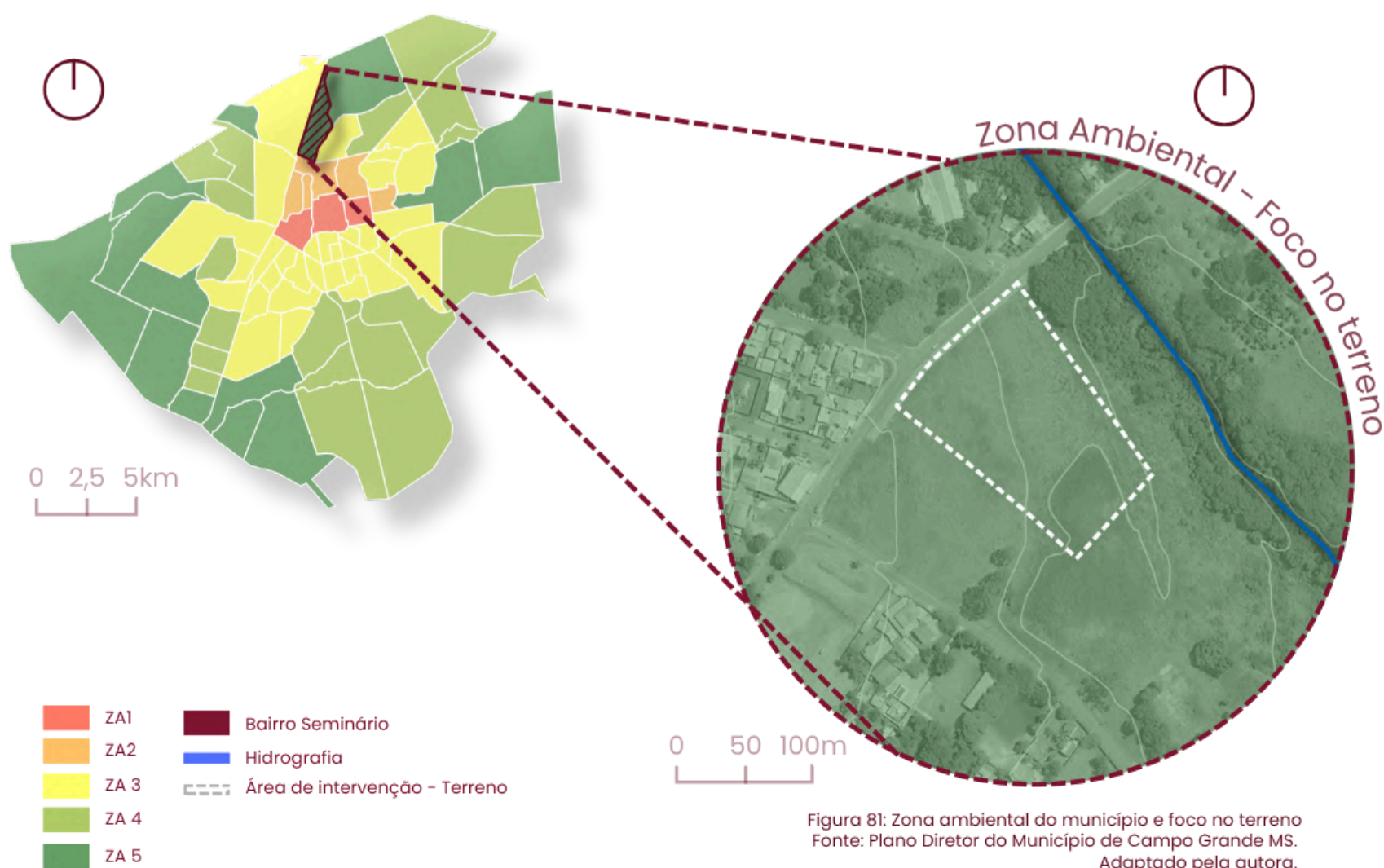


Figura 81: Zona ambiental do município e foco no terreno
 Fonte: Plano Diretor do Município de Campo Grande MS.
 Adaptado pela autora.

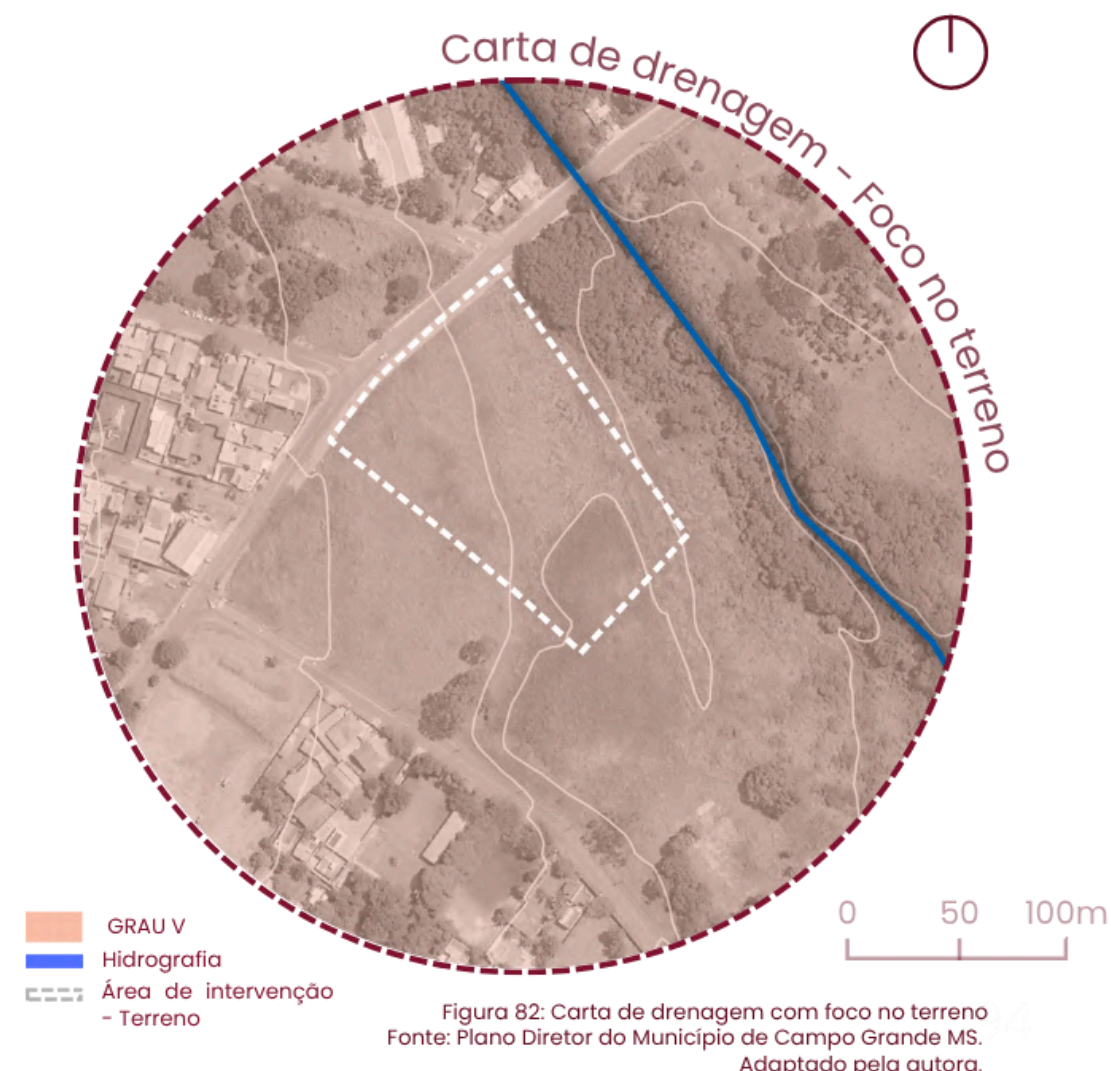


Figura 82: Carta de drenagem com foco no terreno
 Fonte: Plano Diretor do Município de Campo Grande MS.
 Adaptado pela autora.

4.3.4 Carta Geotécnica

De acordo com a Carta Geotécnica de Campo Grande, atualizada em 2020, o terreno analisado está inserido na Unidade Homogênea IA. Essa unidade apresenta, predominantemente, declividade plana (0 a 3%) na porção oeste e suave ondulado (3 a 6%) na região sudeste. Já as declividades entre 6 e 8% (suave ondulado), 8 a 20% (ondulado) e 20 a 45% (forte ondulado) ocorrem principalmente nas áreas das cabeceiras dos córregos. Algumas recomendações são indicadas, como a “investigar o nível d’água subterrânea visando subsidiar a elaboração dos projetos de fundação” e adotar “técnicas adequadas de impermeabilização das estruturas subterrâneas para impedir a infiltração de água” (CAMPO GRANDE, 2020, p. 41).

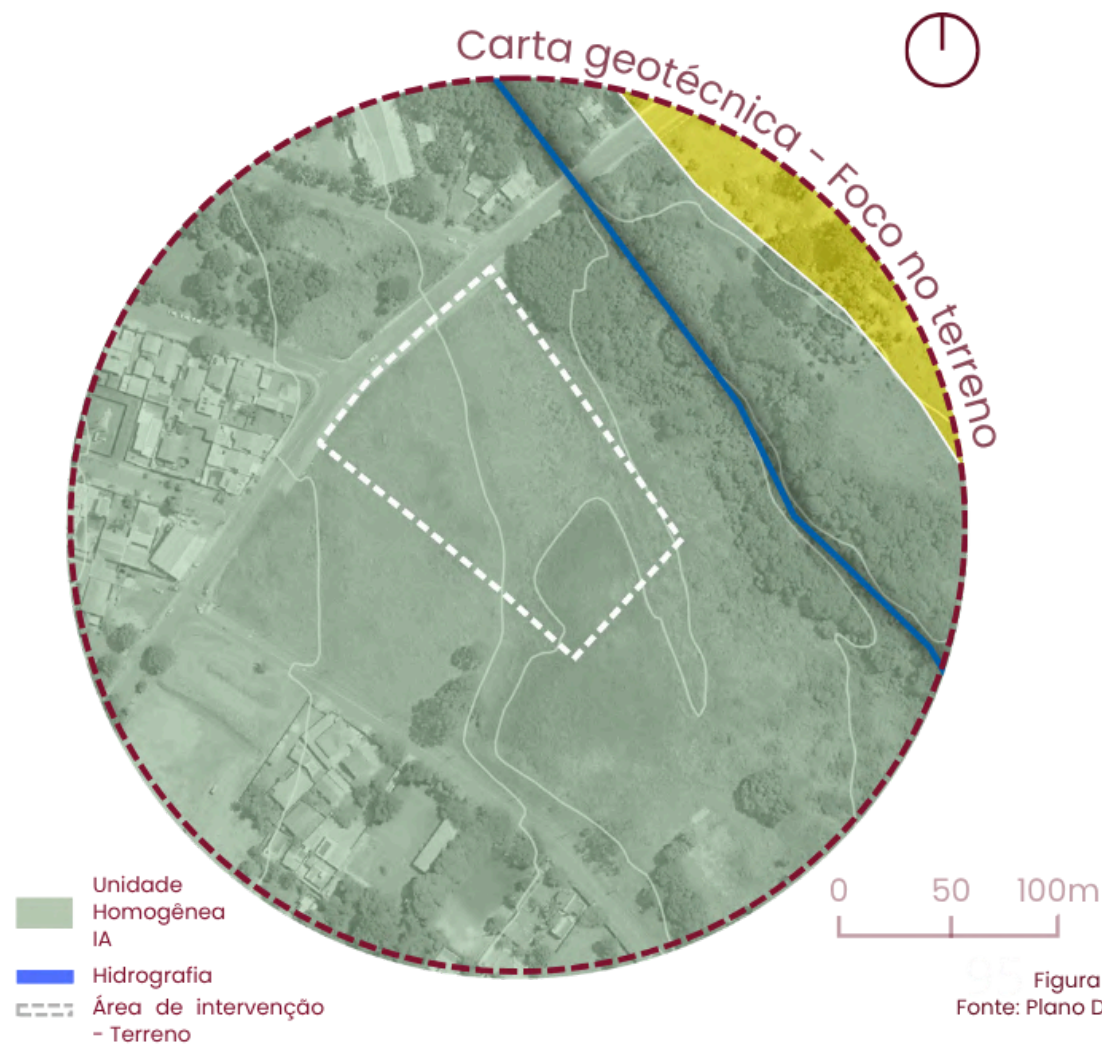


Figura 83: Carta Geotécnica com foco no terreno
Fonte: Plano Diretor do Município de Campo Grande MS.
Adaptado pela autora.



4.4 Diagnóstico do local e entorno

Para os critérios de análise do local, foram considerados todos os equipamentos essenciais ao cotidiano, como os de saúde, educação e mobilidade. Para a análise do raio de abrangência desses equipamentos, utilizou-se como referência a Lei Complementar nº 171, de 29 de maio de 2007, que dispõe sobre o Plano Diretor e o processo de planejamento urbano do Município de Goiânia (GOIÂNIA, 2007, p. 67).

O terreno está inserido em uma área predominantemente residencial, conforme o mapa de uso e ocupação do solo disponibilizado pela PLANURB e ajustado com base na análise de campo (figura 84). Em relação aos equipamentos educacionais, para as mulheres que frequentarem as atividades oferecidas pela Unidade e precisarem de apoio para os seus filhos, a Escola Estadual Antônio Delfino Pereira atende satisfatoriamente ao raio de abrangência (figura 85). No entanto, apesar de estar próxima ao terreno, a EMEI não atende ao raio mínimo estabelecido pela legislação. Quanto aos equipamentos de saúde, o local é atendido pela Unidade de Saúde da Família São Benedito, localizada a menos de 1 km do terreno.



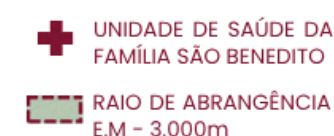
Figura 84: Mapa de uso e ocupação do solo do entorno
Fonte: Simgeo, adaptado pela autora.



Figura 85: Mapa de equipamentos de educação e raio de abrangência
Fonte: Simgeo, adaptado pela autora.



Figura 86: Mapa de equipamentos de saúde e raio de abrangência
Fonte: Simgeo, adaptado pela autora.



4.5 Mobilidade Urbana

Quanto ao sistema viário do entorno do terreno, destaca-se a Rua Canaã, localizada na porção sul (figura 87), classificada como via arterial, que estabelece conexão com a Avenida Tamandaré e a Avenida Júlia Maksoud, sendo importantes rotas de acesso à região. Já a Rua do Seminário, situada na porção leste do terreno, é uma via coletora, ligando-se a pontos importantes da cidade, como a Avenida Coronel Antonino e a Avenida Mascarenhas de Moraes. O transporte público na área é atendido pelas linhas 222, 223 e 246, que circulam pela Rua do Seminário, com destino ao Terminal General Osório. No entanto, os pontos de ônibus existentes apresentam infraestrutura precária, sendo que em alguns deles há apenas a marcação da AGETRAN com uma estaca laranja (figura 87). Por esse motivo, a proposta de requalificação dos pontos de ônibus na região se torna uma diretriz relevante para o projeto. Além disso, o entorno do terreno não conta com equipamentos sociais diversos, como feiras livres, academias ao ar livre ou centros comunitários, o que evidencia a necessidade de implantação de espaços de uso coletivo que ampliem as possibilidades de convivência e integração dos residentes com a comunidade.





A análise do entorno urbano do terreno demonstra uma transformação significativa ao longo dos últimos anos. A partir das imagens aéreas (Figura 89), observa-se um processo de adensamento urbano entre os anos de 2015 e 2025. O terreno agora se encontra inserido em uma malha urbana consolidada, cercado por loteamentos e residências.

A Figura 85 mostra a situação atual do terreno, seu estado de preservação e o entorno imediato. Apesar do adensamento urbano, a vegetação existente no local limita-se à área da ZEIA (Zona Especial de Interesse Ambiental) localizada ao lado do terreno, o que indica a falta de áreas verdes internas ao lote. Além disso, as imagens de campo também evidenciam problemas de infraestrutura, como a ausência de calçamento adequado, calçadas em más condições de uso e bocas de lobo obstruídas, comprometendo a drenagem urbana e a acessibilidade ao local. Em relação a topografia do local, a porção sudeste apresenta declividade moderada e a área central e nordeste apresenta uma topografia mais regular.



O projeto para a Comunidade Terapêutica Feminina tem como objetivo apoiar a recuperação integral das mulheres em situação de dependência química. Seu conceito é fundamentado em três pilares inspirados na simbologia de uma **libélula**: Transformação, Crescimento Pessoal e Renovação. Tanto a forma arquitetônica quanto as diretrizes projetuais foram pensadas a partir dessa referência.

- **Transformação:** A libélula simboliza o processo de ressignificação, traduzindo o momento de abertura para novas possibilidades. O projeto busca expressar esse princípio em sua espacialidade, com ambientes que favoreçam a transição e a evolução das residentes durante o processo terapêutico.
- **Crescimento Pessoal:** A arquitetura do local é pensada como um instrumento para o desenvolvimento individual e coletivo, promovendo autonomia. Os espaços buscam incentivar a convivência, a troca de experiências e a construção de novas habilidades, possibilitando que cada mulher descubra e valorize sua própria trajetória.
- **Renovação:** Assim como a libélula representa vitalidade e novos começos, o projeto incorpora a natureza como elemento principal, utilizando luz natural, áreas verdes e ambientes abertos. A renovação se manifesta tanto no espaço físico quanto no simbólico, oferecendo às mulheres um ambiente que crie novas perspectivas.

4.7 Partido

O partido arquitetônico do projeto tem como diretriz principal a integração entre edificação, topografia e natureza. A implantação respeita as curvas de nível do terreno, o que possibilita a disposição dos blocos de forma orgânica, reduzindo a necessidade de grandes movimentações de terra e tornando a obra mais econômica e sustentável.

Outro ponto essencial é a relação direta com a natureza, entendida como elemento fundamental no processo de recuperação das residentes. A proposta está fundamentada nos princípios da **Psicologia Ambiental**, que busca promover saúde e bem-estar por meio do espaço construído. Assim, a presença da vegetação, a valorização das áreas externas e a conexão visual e sensorial com o ambiente natural tornam-se recursos terapêuticos que contribuem para a reabilitação das mulheres acolhidas.



Figura 90: Diagrama de conceito

4.8 Programa de necessidades

A Comunidade Terapêutica tem uma área total estimada em 3.167,8 m² distribuída em setores que conectados buscam a funcionalidade de cada etapa da recuperação das pacientes. Foi possível elaborar o programa de necessidades do espaço para 60 mulheres com base nas análises das especificidades das futuras usuárias, diante do perfil das mulheres dependentes químicas em Campo Grande - MS e nos estudos de caso das comunidades terapêuticas analisadas (COMTAPS e Esquadrão da Vida).

O projeto foi elaborado para atender 60 mulheres com idade entre **18 e 65 anos** em processo de recuperação de dependência química. Diante dos locais analisados e das pesquisas realizadas, os ambientes foram pensados de maneira que as residentes mantenham uma rotina estruturada, tenham diversas atividades durante o dia, englobando desde práticas esportivas, palestras educativas e cursos profissionalizantes. Sendo assim, foi organizado em:

- Setor administrativo e de apoio
- Setor de saúde
- Setor de alimentação e refeitório
- Setor de atividades e capacitação
- Setor de convivência e setor externo
- Acolhimento de familiares
- Dormitórios
- Serviços



Figura 91: Perfil das residentes
Fonte: Elaborado pela autora.

TABELA 08: PROGRAMA DE NECESSIDADES
ELABORADO PELA AUTORA

PROGRAMA DE NECESSIDADES				
SETOR	AMBIENTE	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	ÁREA (m²)
ADMINISTRATIVO	HALL/RECEPÇÃO	Recepção de visitantes e pacientes acolhidas	1	158,75
	COORDENAÇÃO	Sala da direção e coordenação do local	1	22,52
	ADMINISTRAÇÃO E SECRETARIA	Controle interno de funcionários	1	22,52
	SALA DE TRIAGEM INICIAL	Atendimento inicial as acolhidas	1	17,60
	ASSISTÊNCIA SOCIAL	Atendimento social primário	1	17,60
	BANHEIRO FUNCIONÁRIOS	Higiene pessoal funcionários	1	5,46
	COPA FUNCIONÁRIO / ÁREA DE DESCANSO	Alimentação e área de descanso de funcionários	1	22,52
	SALA FAMÍLIA	Sala de atendimento aos familiares	1	16,94
ÁREA TOTAL ESTIMADA DO SETOR				283,91
SAÚDE	TRIAGEM E ENFERMARIA	Atendimento e controle	1	17,60
	SALA DA NUTRICIONISTA	Acompanhamento nutricional	1	22,52
	SALA DA PSICÓLOGA	Armazenamento de medicamentos	2	22,52
	FARMÁCIA/DEPÓSITO DE MEDICAMENTOS	Atendimentos individuais	1	22,52
	CIRCULAÇÃO E ESPAÇO DE ESPERA	Trânsito de pessoas	-	55,21
ÁREA TOTAL ESTIMADA DO SETOR				140,37

TABELA 08: PROGRAMA DE NECESSIDADES
ELABORADO PELA AUTORA

PROGRAMA DE NECESSIDADES				
SETOR	AMBIENTE	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	ÁREA
ALIMENTAÇÃO E REFEITÓRIO	COZINHA INDUSTRIAL	Cozinha para o preparo de refeição das residentes e dos funcionários	1	55,40
	DESPENSA	Alimentos secos e não perecíveis	1	3,75
	DESPENSA DE FRIOS	Câmara fria para alimentos frios e perecíveis	1	9,25
	REFEITÓRIO	Refeitório Geral	1	137,27
	LAVABO	Pia para higiene pessoal	1	2,92
	BANHEIRO COLETIVO	Higiene pessoal	1	24,84
ÁREA TOTAL ESTIMADA DO SETOR				233,43
ATIVIDADES E CAPACITAÇÃO	SALA DE OFICINA (LIVRE)	Capacitação profissional	1	76,40
	SALA MULTIUSO	Terapia em grupo e educação	1	69,32
	SALA DE INFORMÁTICA	Inclusão digital (cursos e aprendizagem)	1	46,52
	SALA DE ARTES	Aulas de artes e trabalhos manuais	1	69,32
	WC FEMININO	Higiene pessoal	1	19,63
	WC MASCULINO	Higiene pessoal	1	16,76
	DML	Depósito de material	1	5,22
ÁREA TOTAL ESTIMADA DO SETOR				303,17

TABELA 08: PROGRAMA DE NECESSIDADES
ELABORADO PELA AUTORA

PROGRAMA DE NECESSIDADES				
SETOR	AMBIENTE	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	ÁREA
CONVIVÊNCIA E EXTERNO	HORTA TERAPÊUTICA	Atividade ocupacional	1	100
	JARDIM SENSORIAL	Terapia sensorial	1	100
	ÁREA DE PISCINA	Atividades esportivas	1	150
	ACADEMIA	Atividades esportivas	1	59,15
	VARANDA/CIRCULAÇÃO EXTERNA	Trânsito de pssoas	1	80
	PRAÇA	Integração	1	500
	ESTACIONAMENTO	Visitantes e funcionários	1	600
ÁREA TOTAL ESTIMADA DO SETOR				1589,15
ACOLHIMENTO DE FAMILIARES	BRINQUEDOTECA	Sala para crianças (mães e filhos)	1	24,76
ÁREA TOTAL ESTIMADA DO SETOR				24,76

TABELA 08: PROGRAMA DE NECESSIDADES
ELABORADO PELA AUTORA

PROGRAMA DE NECESSIDADES				
SETOR	AMBIENTE	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	ÁREA ESTIMADA (m ²)
ALOJAMENTO	DORMITÓRIOS (6 RESIDENTES POR QUARTO)	6 residentes por dormitório (divididos por fases)	12	265,68
	BANHEIROS FEMININOS	Divididos por módulos (divididos entre os quartos)	4	104,12
	CIRCULAÇÕES (INTERNAS)	-	-	73,22
	VARANDA/CIRCULAÇÃO EXTERNA	Espaço de respiro	-	91,68
ÁREA TOTAL ESTIMADA DO SETOR				534,70
SERVIÇOS	LAVANDERIA COLETIVA	Lavanderia comum	1	9,83
	CARGA E DESCARGA	Envio e recebimento de mantimentos	1	40
	LIXO	Descarte de lixo (devidamente separados)	1	8,48
ÁREA TOTAL ESTIMADA DO SETOR				58,31
			ÁREA TOTAL	3.167,8m²

4.9 Projeto

Setorização e volumetria

1 Recepção

Balcão de atendimento, Entrada principal do edifício, Acesso ao refeitório e a área administrativa.

2 Refeitório

Refeitório, Buffet, Cozinha, Despensa, Câmara fria, Depósito de material de limpeza, WC coletivo, WC PNE.

3 Administrativo

Coordenação, Triagem Inicial, Secretaria, Assistência Social, Copa, Descanso, Sala Família, Banheiro.

4 Convivência

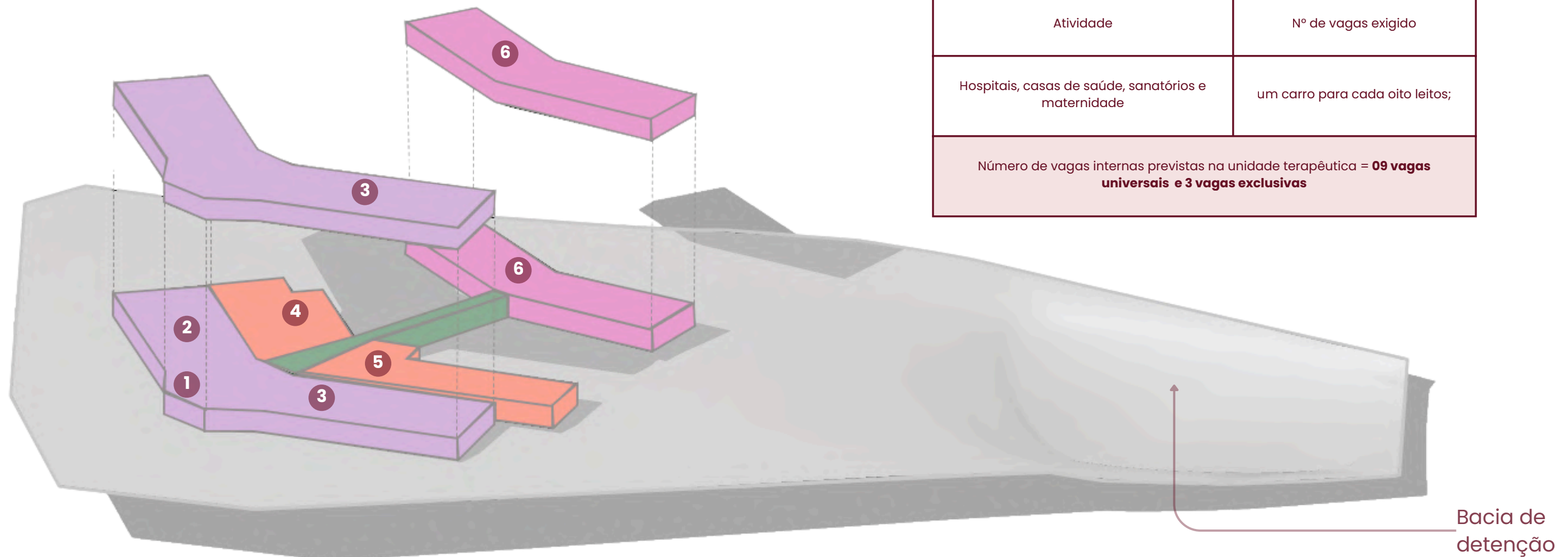
Sala de informática, Sala de artes, Sala Multiuso, Sala de culinária, Banheiro, Vestiário, Área livre multiuso, Acolhimento de familiares.

5 Lazer

Brinquedoteca, Academia, Horta, Jardim Sensorial, Piscina, Praça.

6 Alojamento

Quartos divididos por fases de tratamento, Banheiros coletivos, Circulação, Varanda com sacada



Vagas de estacionamento - LEI Nº 1866/79 (Código de obras)	
Atividade	Nº de vagas exigido
Hospitais, casas de saúde, sanatórios e maternidade	um carro para cada oito leitos;
Número de vagas internas previstas na unidade terapêutica = 09 vagas universais e 3 vagas exclusivas	

4.10 Projeto

Planta Baixa Topografia Modificada

ESCALA 1/600

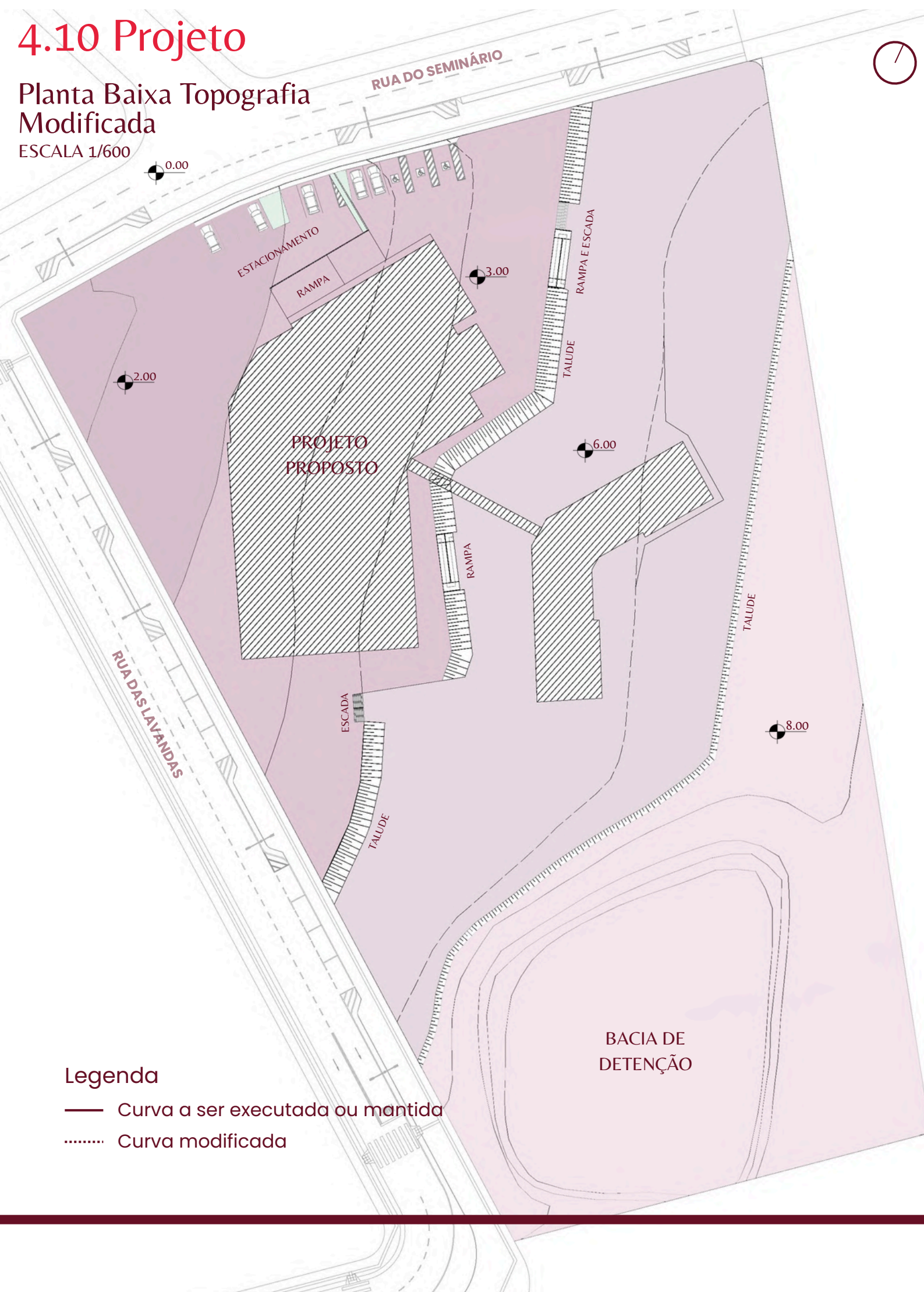
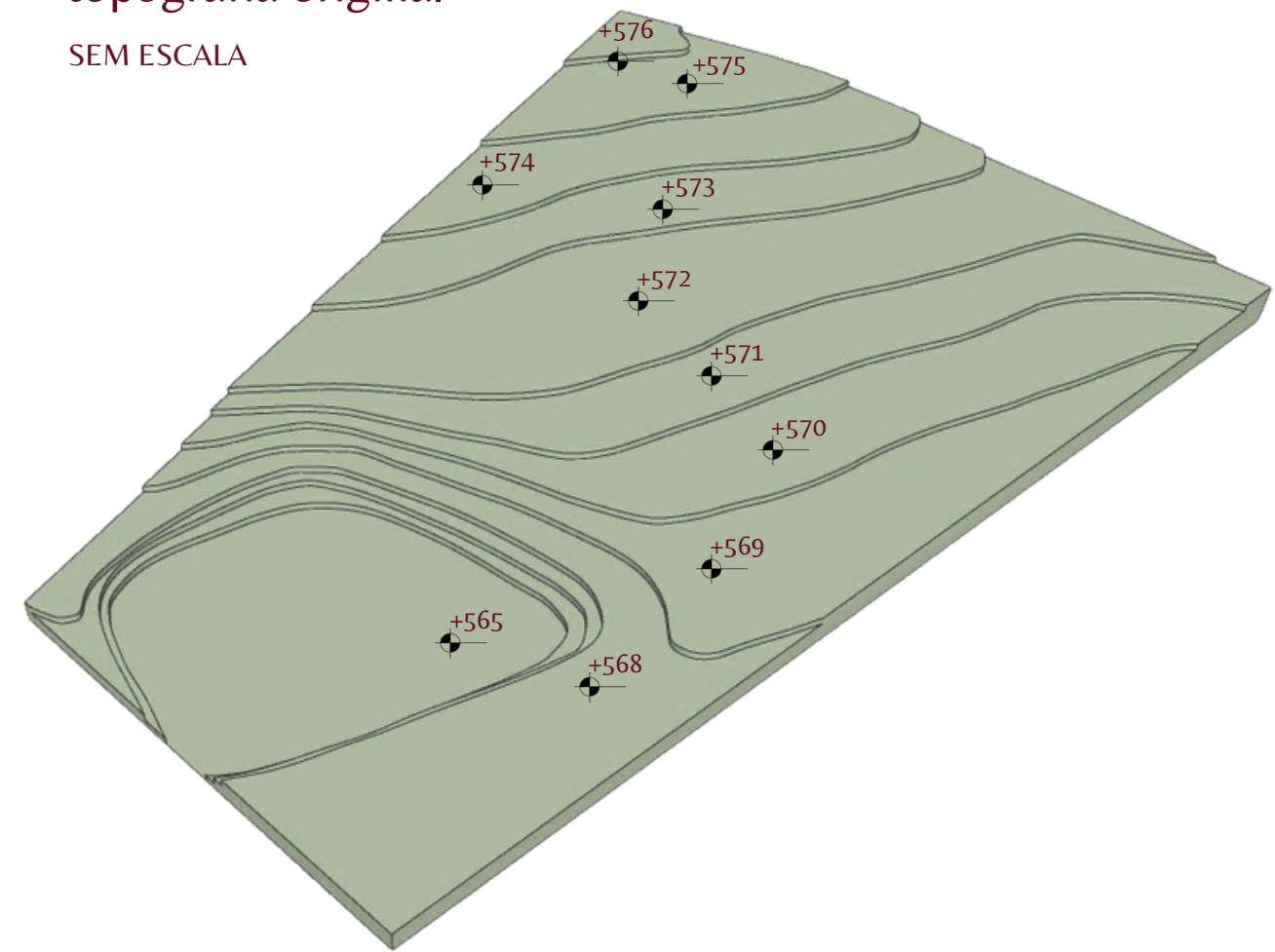


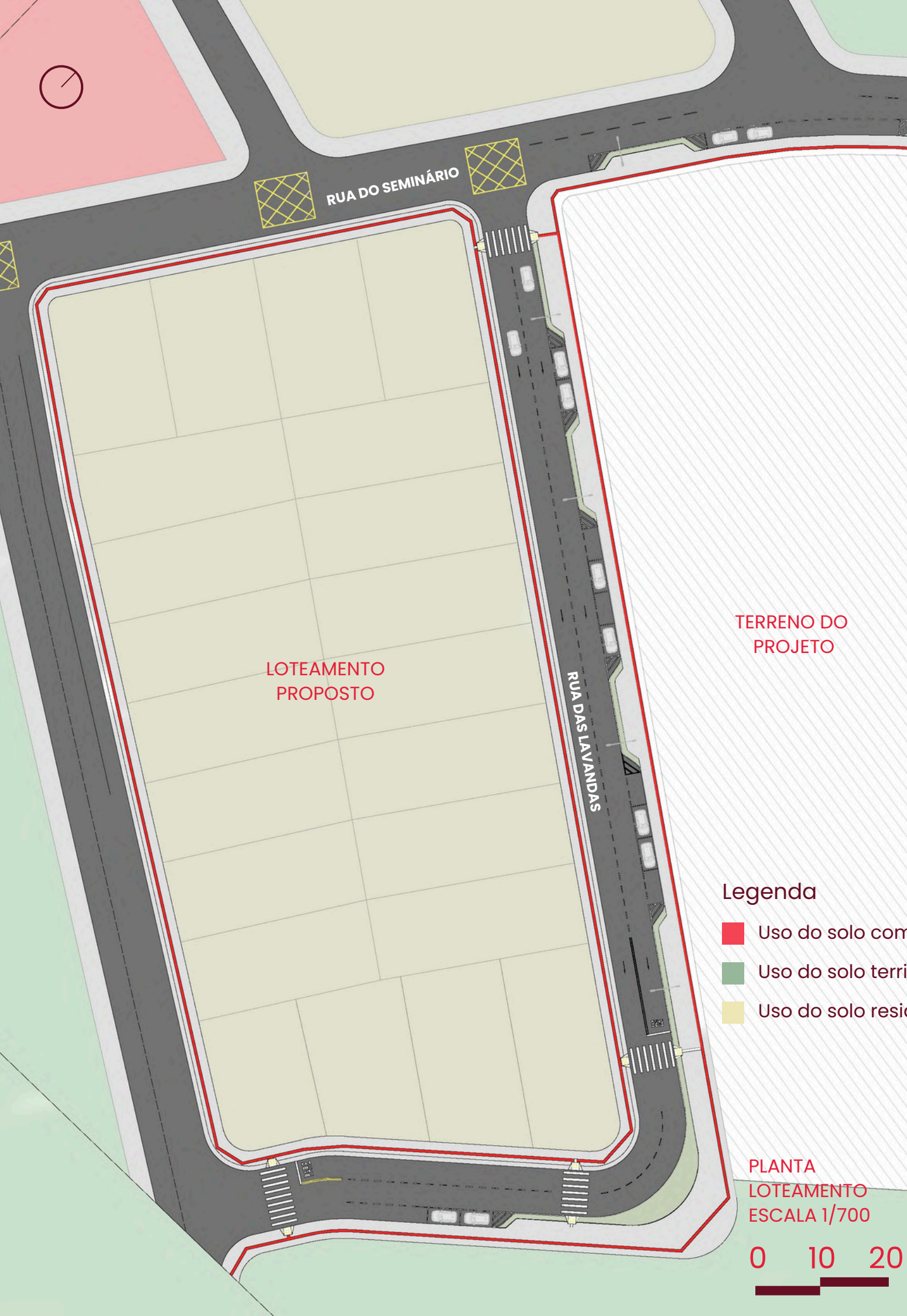
Diagrama topografia original

SEM ESCALA

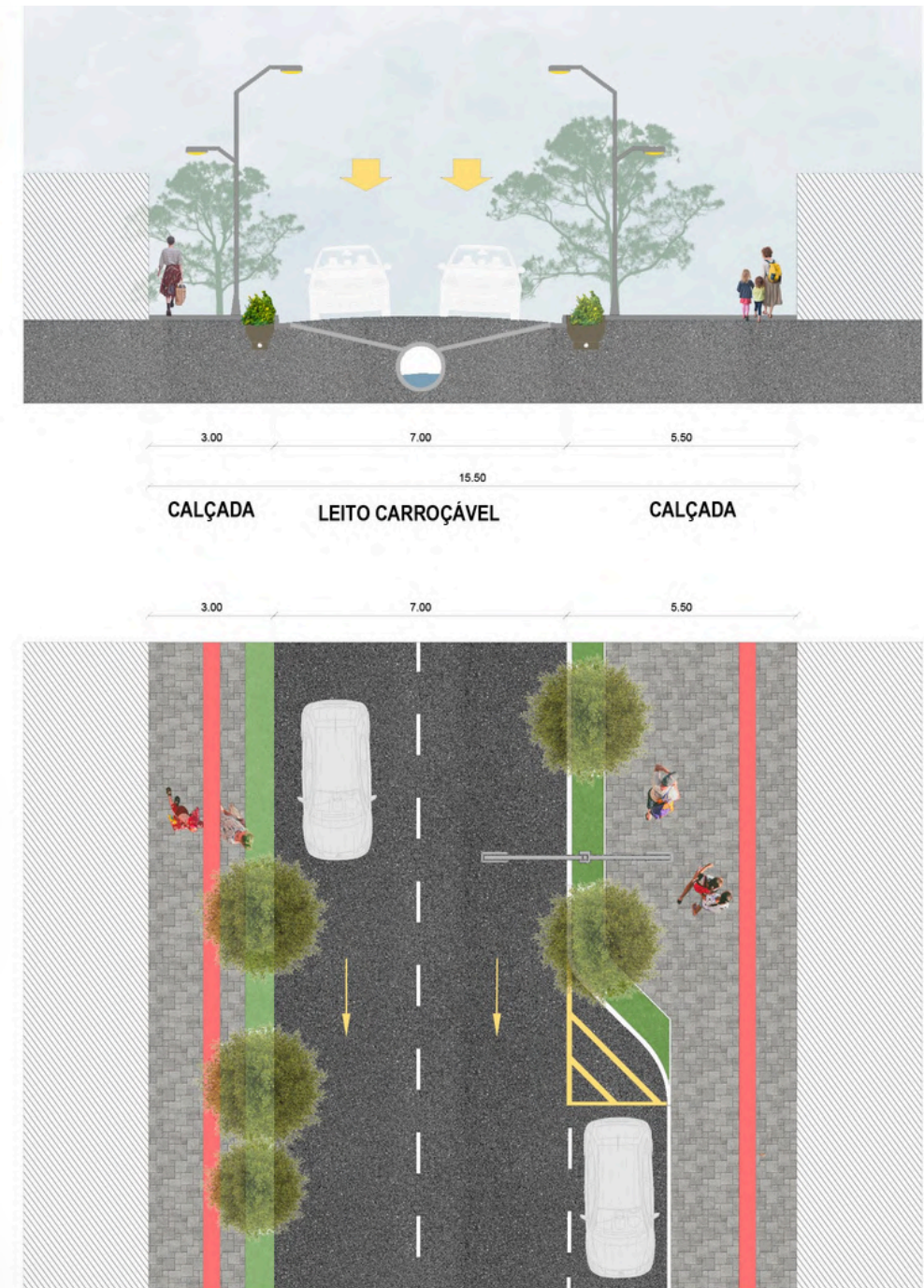


A proposta buscou seguir as curvas naturais do terreno, tanto na implantação arquitetônica quanto no paisagismo e no loteamento interno. O terreno apresenta uma variação de nível de aproximadamente 8 metros ao longo de sua extensão, com declive direcionado ao córrego do Segredo, que é circundado por uma área de preservação ambiental.

A implantação dos blocos foi feita de forma a que acompanhasse essa declividade, evitando grandes cortes ou aterros com o objetivo de reduzir impactos no solo. No paisagismo, a topografia também acompanha desnível. Na parte mais baixa do terreno, foi possível observar uma depressão acentuada, que foi incluída como diretriz projetual para a implantação de uma bacia de detenção. Essa proposta tem a finalidade de controlar as águas pluviais colaborando com a preservação do córrego e da vegetação do entorno. Dessa forma, a topografia foi usada como ponto de partida para o desenho de todos os blocos juntos, construindo uma proposta que acompanha o relevo existente e integra o entorno e a edificação.



4.11 Urbano



PLANTA BAIXA E PERFIL VIÁRIO PROPOSTO
ESCALA 1/175

Visando viabilizar a implantação da Unidade Terapêutica Feminina promovendo uma ocupação ordenada da área de intervenção, foi desenvolvido um estudo de loteamento para a gleba selecionada.

Como parte desse processo, foi criada uma nova via de acesso com o objetivo de facilitar a chegada à unidade, melhorar a conectividade da área com o entorno.

4.12 Implantação

Legenda

- 1 Estacionamento
- 2 Rampas
- 3 Horticultura terapêutica
- 4 Jardim Sensorial
- 5 Pista de Caminhada
- 6 Piscina
- 7 Quadra de esportes
- 8 Parquinho Infantil
- 9 Redário
- 10 Capela Ecumênica e Deck

- Uso do solo territorial
- Uso do solo residencial
- Vegetação Arbórea
- Acesso de veículos
- Acesso e circulação de pedestres

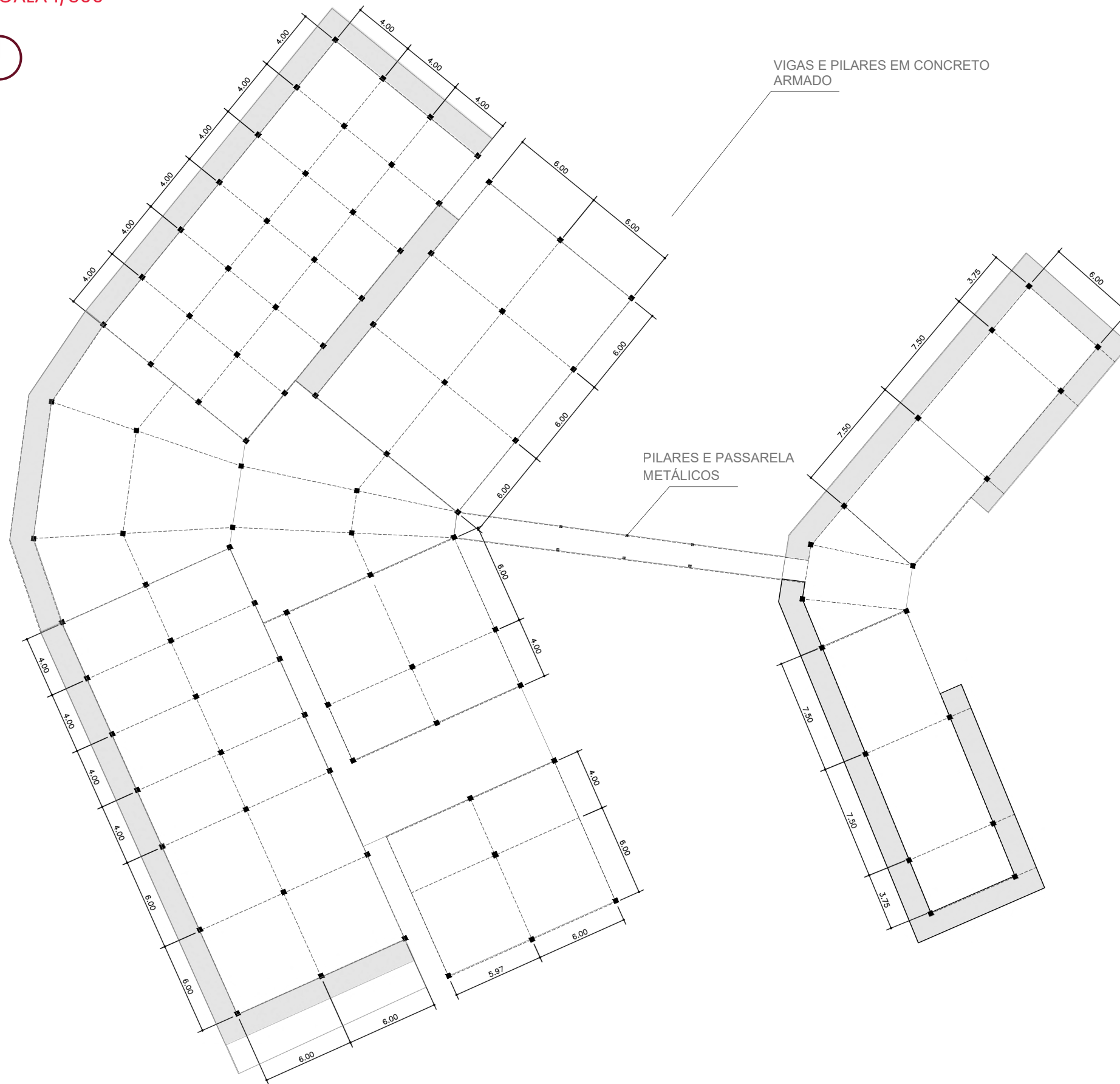


IMPLANTAÇÃO
ESCALA 1/500



4.13 Sistema Estrutural

PLANTA ESTRUTURAL
ESCALA 1/300



O projeto foi desenvolvida a partir da modulação dos pilares estruturais, organizados em uma malha de 6 metros em 6 metros, com variações pontuais, permitindo maior adaptação ao projeto. Considerando a forma irregular da edificação, foi utilizada uma laje impermeabilizada na área da recepção. A partir disso, possibilitou a criação de uma laje técnica, tirando partido da configuração volumétrica do projeto. Esse espaço foi destinado à instalação do reservatório de água e das condensadoras de ar-condicionado.





PLANTA BAIXA - PAVIMENTO TÉRREO
ESCALA 1/280

4.14 Planta Baixa Térreo

LEGENDA

Alimentação

- | | |
|--|---|
| 1 - WC coletivo - A=22,52 m ² | 4 - Lavabo PCD - A= 2,92 m ² ; |
| 2 - Câmara fria - A=9,25 m ² | 5 - Cozinha - A=55,40 m ² ; |
| 3 - Despensa - A=3,75 m ² | 6 - Refeitório - A= 137,27 m ² |
| | 7 - Depósito de lixo - A= 8,48 m ² |

Recepção

- 8 - Área livre de recepção / balcão de atendimento / tira dúvidas e atendimento primário - A= 158,75 m²

Coordenação

- | | |
|--|---|
| 9 - Coordenação - A=22,52 m ² | 14 - Descanso- A=8,98 m ² ; |
| 10 - Triagem inicial - A=17,60 m ² | 15 - Sala família - A= 16,94 m ² |
| 11 - Secretaria - A=22,52 m ² | 16 - Banheiro - A= 5,46m ² |
| 12 - Assistência social - A=17,60 m ² | 17 - Circulação - A=55,22 m ² |
| 13 - Copa - A= 13,54 m ² ; | 18 - Espaço de evento e convivência - A= 180,7 m ² |

Convivência

- | | |
|--|--|
| 19 - Sala de informática - A= 46,52 m ² | 24 - Wc masculino - A= 16,76 m ² |
| 20 - Sala de Artes - A= 69,32 m ² | 25 - Dml - A= 5,22 m ² |
| 21 - Sala multiuso A= 69,32 m ² | 26 - Circulação |
| 22 - Sala multiuso - A= 76,40 m ² | 27 - Brinquedoteca - A= 24,76 m ² |
| 23- Wc feminino - A= 19,63 m ² | 28 - Academia - A= 59,15 m ² |
| | 29 - Circulação e convivência - A= 131,84 m ² |

Alojamento

- | | |
|--|--|
| 30 - Quarto 01 - A= 22,14 m ² | 36 - Roupeiro - A= 9,83 m ² |
| 31 -Quarto 02 - A= 22,14 m ² | 37 - Wc Coletivo - A= 26,03 m ² |
| 32 -Quarto 03 - A= 22,14 m ² | 38 - Dml- A= 5,84 m ² |
| 33 - WC coletivo - A= 26,03 m ² | 39- Quarto 04 - A= 22,14 m ² |
| 34 - DML - A= 5,84 m ² | 40- Quarto 05 - A= 22,14 m ² |
| 35 - Copa - A= 9,83 m ² | 41- Quarto 06 - A= 22,14 m ² |
| | 42 - Circulação - A= 40,92 m ² |



4.15 Planta Baixa Pav. Superior

LEGENDA

Saúde

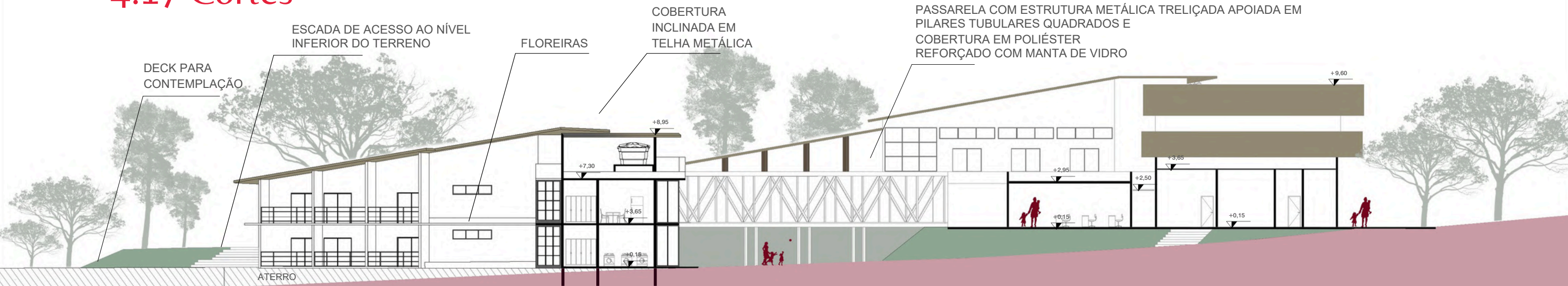
- | | |
|---|---|
| 1 - Nutricionista - A=22,52 m ² | 6 - Sala família - A=16,94 m ² ; |
| 2 - Triagem inicial - A=17,60 m ² | 7 - Banheiro - A= 5,46m ² |
| 3 - Psicóloga - A=22,52 m ² | 8 - Circulação - A=55,21 m ² |
| 4 - Assistência social - A=17,60 m ² | |
| 5 - Farmácia - A= 22,52 m ² ; | |

Alojamento

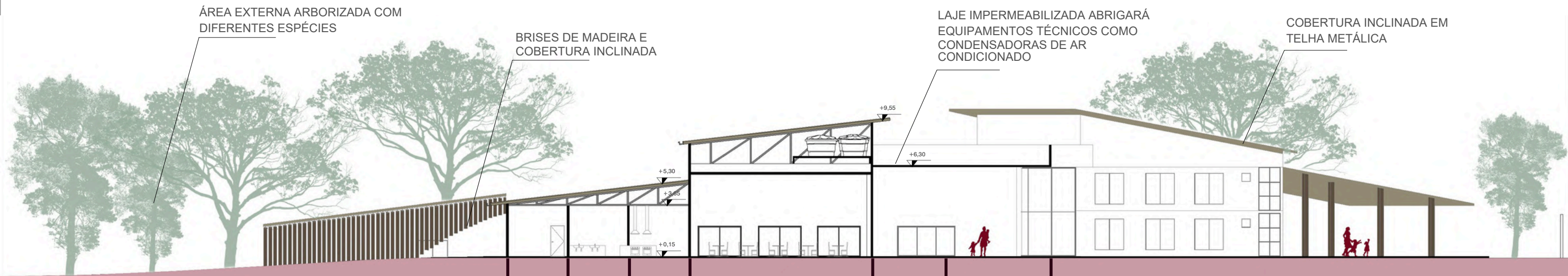
- | | |
|--|--|
| 9 - Quarto 01 - A= 22,14 m ² | 15 - Roupeiro - A= 9,83 m ² |
| 10 -Quarto 02 - A= 22,14 m ² | 16 - Wc Coletivo - A= 26,03 m ² |
| 11 -Quarto 03 - A= 22,14 m ² | 17 - Dml- A= 5,84 m ² |
| 12 - WC coletivo - A= 26,03 m ² | 18- Quarto 04 - A= 22,14 m ² |
| 13 - DML - A= 5,84 m ² | 19- Quarto 05 - A= 22,14 m ² |
| 14 - Copa - A= 9,83 m ² | 20- Quarto 06 - A= 22,14 m ² |
| | 21- Circulação - A= 40,92 m ² |

PLANTA BAIXA - PAVIMENTO SUPERIOR
ESCALA 1/280

4.17 Cortes



CORTE AA
ESCALA 1/250



CORTE BB
ESCALA 1/250

4.17 Cortes



CORTE CC
ESCALA 1/250



CORTE DD
ESCALA 1/250

4.18 Fachadas



FACHADA OESTE



FACHADA LESTE

4.19 Imagens



4.19 Imagens





RE
FE
RÊN
CIAS



Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil 1996 Ministério da Justiça. Conselho Federal de Entorpecentes. Programa de Ação Nacional Antidrogas Brasília: Ministério da Justiça.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Análise executiva da questão de drogas no Brasil: versão final. Brasília, DF: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/arquivo-manual-de-avaliacao-e-alienacao-de-bens/aeqdb___analise-executiva-da-da-questao-de-drogas-no-brasil___versao-final.pdf. Acesso em: 1 abr. 2025.

CAMARGO JR, E. B. Comportamentos de saúde em usuários de substâncias psicoativas. 2013. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Acesso em: 05 abr. 2025.

CAMPO GRANDE. Plano Diretor de Campo Grande. Lei Complementar no 341, de 4 de dezembro de 2018.

CAMPO GRANDE. Conselho Municipal Antidrogas. Sobre o COMAD. Prefeitura Municipal de Campo Grande. Disponível em: <https://www.campogrande.ms.gov.br/comad/sec-artigos/sobre-o-comad/>. Acesso em: 2 abr. 2025.

CIACO, Ricardo José Alexandre Simon. A arquitetura no processo de humanização dos ambientes hospitalares. 2010. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Carlos.

CRESM, Complexo de Referência Estadual em Saúde Mental Prof. Jamil Issy. Complexo Arquitetônico. Goiás, 23 jun. 2016. Disponível em: <https://www.cresm-go.org.br/apresentacao/>. Acesso em: 01 jul. 2025.

CRUZ, M. S. Estratégias de redução de danos para pessoas com problemas com drogas na interface dos campos de atuação da justiça e da saúde. 2011. Ministério da Justiça, Brasília.

CUNHA, Luiz Cláudio Rezende. A cor do ambiente hospitalar. Congresso Nacional da ABDEH. Anais – Universidade de Campinas. Campinas, 2004. Disponível em: https://hosting.iar.unicamp.br/lab/luz/ld/Arquitetural/Pesquisa/a_cor_no_ambiente_hospitalar.pdf. Acesso em: 23 maio 2025.

DAMAS, Fernando Balvedi. Comunidades terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. Revista de Saúde Pública de Santa Catarina, v.6, n.1, p.50–65, 2013. Disponível em: Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/9a2b/29505cc341ce31af23b34d4af15952fd5cab.pdf>. Acesso em: 27 maio 2025.

DA SILVA, Aline Rodrigues. Práticas discursivas e espetacularização de mulheres que usam drogas: uma história do presente. 2024. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Três Lagoas.

DIAS, Lucas Torres. Segundo OMS, três milhões de pessoas morrem por ano devido ao abuso no consumo de álcool e drogas. Jornal da USP, 13 dez. 2022. Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/segundo-oms-tres-milhoes-de-pessoas-morrem-por-a-no-devido-ao-abuso-no-consumo-de-alcool-e-drogas/>. Acesso em: 1 abr. 2025.

ELALI, Gleice Azambuja. Psicologia e arquitetura: em busca do lócus interdisciplinar. Estudos de Psicologia, v. 2, n. 2, p. 349–362, 1997.

ELALI, Gleice; CAVALCANTE, Sylvia. Temas básicos em psicologia ambiental. São Paulo, 2012.

FERNANDES, Adriano; MOURA, Marcus. Droga à luz do dia, drama e violência na “cracolândia” de Campo Grande. Campo Grande News. Campo Grande, 30 mai. 2017. Disponível em: <https://www.campograndenews.com.br/cidades/capital/droga-a-luz-do-dia-drama-e-violencia-na-cracolandia-de-campo-grande>. Acesso em: 2 abr. 2025.

FONSECA, Larissa Alves. O estigma sobre mulheres alcoolistas em tratamento no Serviço de Estudos e Atenção ao usuário de Álcool e outras Drogas do Hospital Universitário de Brasília. 2009. Monografia – Universidade de Brasília, Brasília.

FRACASSO, Laura. Comunidades terapêuticas: histórico e regulamentações. São Paulo: Aberta, 2003.

HELLER, Eva. A psicologia das cores: como as cores afetam a emoção e a razão. São Paulo: Editora Gustavo Gili, 2013.

HOCHGRAFH, Patricia Brunfentrinker; ANDRADE, Arthur Guerra. A questão do gênero nas farmacodependências. In: Saúde mental da mulher. São Paulo: Atheneu, 2004.

Hospital Infantil Ann & Robert H. Lurie de Chicago / ZGF Architects + Solomon Cordwell Buenz + Anderson Mikos Architects. ArchDaily Brasil, 11 jan. 2020. Disponível em: <https://www.archdaily.com.br/br/931552/hospital-infantil-ann-and-robert-h-lurie-de-chicago-zgf-architects-plus-solomon-cordwell-buenz-plus-anderson-mikos-architects>. Acesso em: 23 maio 2025.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras. Brasília, DF. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8025>. Acesso em: 2 abr. 2025.

LAQUEUR, Thomas. Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LEAL, Mônica Brito do Rêgo. Ser mulher e dependente química: adesão ou adaptação ao tratamento? 2009. Monografia (Bacharelado em Serviço Social) – Universidade de Brasília, Brasília. Acesso em: 05 maio 2025.

LOPES, Igor Henrique Ramos. A psicologia ambiental aplicada ao projeto arquitetônico comercial como estratégia para promoção de ambiência laboral para melhorar as relações indivíduo-ambiente [manuscrito]: o estudo de caso da startup Alligator em Belo Horizonte. 2022. 98 f.: il. Acesso em: 19 maio 2025.

MACHADO, Ana Regina.; MIRANDA, Paulo Sérgio. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 14, n. 3, p. 801–821, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702007000300007>. Acesso em: 16 abr. 2025.

MACHADO, Caroline Penha. Contribuições da arquitetura dos centros de reabilitação para o tratamento de dependentes químicos [monografia]. Recife, 2020. 82 f.: il. color.

MACRAE, E. Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. Dependência de drogas. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 25–34..

MATA, Carolina Couto. Outra história [monografia]: a experiência de dependentes químicos no enfrentamento da vida. 2016.

MEDEIROS, Katruccy Tenório. As mulheres no fenômeno das drogas: representações sociais de usuárias de crack. João Pessoa, 2014.

MORAES, M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. Ciência & Saúde Coletiva, v. 13, n. 1, p. 121–133, 2008. Acesso em: 02 maio 2025.

MOSER, Gabriel. Psicologia ambiental. Estudos de Psicologia.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Tradução: Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 69–82. Acesso em: 07 abr. 2025.

ORNSTEN, Sheila. Arquitetura, urbanismo e psicologia ambiental: uma reflexão sobre dilemas e possibilidades da atuação integrada. Psicologia USP, v. 16, n. 1–2, p. 155–165, 2005.

PIANI, Santos; LEMOS. A (in)visibilidade das mulheres na política de drogas: uma perspectiva de análise da atenção a usuários de drogas no Brasil.

PIZZOLATO, Pier Paolo Bertuzzi. O espaço arquitetônico como elemento terapêutico: a função da ambiência na recuperação e na qualidade de vida do paciente internado. 2014. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo.

PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS Manoel Antônio. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. Psicologia: Teoria e Pesquisa.

RAGO, Margareth. Epistemologia feminista, gênero e história. Descobrendo historicamente o gênero. Compostela: CNT, 2012.

SAMPAIO, Ana Virgínia Carvalhaes de Faria. Arquitetura hospitalar: projetos ambientalmente sustentáveis, conforto e qualidade. Proposta de um instrumento de avaliação. Tese Doutorado – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/16/16131/tde-23102006-175537/>.

SANCHES; Dalla Vecchia. Reabilitação psicossocial e reinserção social de usuários de drogas: revisão da literatura.

SILVA, Aline Rodrigues da. Práticas discursivas e espetacularização de mulheres que usam drogas: uma história do presente. Três Lagoas: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2024. 125 f. (Tese de Doutorado). Acesso em: 19 abr. 2025.

SILVA, Débora de Souza. Gênero e assistência às usuárias de álcool e outras drogas: tratamento ou violência?. Rio de Janeiro: PUC, Departamento de Serviço Social, 2005. 97 p.

SOMMER, R. Personal space: the behavioral basis of design. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1974. Acesso em: 20 mar. 2025.

TOLEDO, Luiz Carlos de Menezes. Humanização do edifício hospitalar – um tema em aberto. PROJETAR 2005 – II Seminário sobre Ensino e Pesquisa em Projeto de Arquitetura. 2005.

VASCONCELOS, Renata Thaís Bomm. Humanização de ambientes hospitalares: características arquitetônicas responsáveis pela integração interior/exterior. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo, UFSC, 2004. Acesso em: 17 maio 2025.

VENTURA, Carla Aparecida Arena; BENETTI, Débora Aparecida Miranda. A evolução da lei de drogas: o tratamento do usuário e dependente de drogas no Brasil e em Portugal. SMAD: Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas, v. 10, n. 2, p. 51–60, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v10i2p51-60>. Acesso em: 05 abr. 2025.