

**UNIVERSIDADE FEEVALE
INSTITUTO DE CIÊNCIAS EXATAS E TECNOLÓGICAS
CURSO DE ARQUITETURA E URBANISMO**

JAQUELINE BERTOTTI

**CENTRO DE RECUPERAÇÃO DE DEPENDENTES
QUÍMICOS E ALCOÓLICOS**

Novo Hamburgo

2012

JAQUELINE BERTOTTI

**CENTRO DE RECUPERAÇÃO DE DEPENDENTES
QUÍMICOS E ALCOÓLICOS**

Pesquisa do Trabalho Final de Graduação, apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Arquitetura e Urbanismo pela Universidade Feevale.

Orientador:

Leandro Manenti

Professoras da Disciplina de PTFG:

Alessandra Migliori do Amaral Brito

Caroline Kehl

Novo Hamburgo

2012

RESUMO

Esta pesquisa visa buscar embasamento para o Trabalho Final de Graduação (TFG) do curso de Arquitetura e Urbanismo, da Universidade Feevale, RS.

Tem por finalidade analisar aspectos consideráveis através do aprofundamento do estudo para a elaboração de um projeto arquitetônico de um Centro de Recuperação de Dependentes Químicos e Alcoólicos.

Este projeto busca trazer ao município de Alto Feliz um ambiente protegido, acolhedor e tranquilo, que ofereça uma infraestrutura flexível, cumprindo as normas e leis vigentes, de modo que o residente se sinta totalmente a vontade, fazendo com que através do completo tratamento, possa retornar à sociedade com sua autoestima retomada, voltando a manter um convívio social saudável.

Sumário

INTRODUÇÃO	6
1. TEMA	7
1.1 Definição	7
1.2 Objetivos	8
1.3 Justificativa do tema.....	9
1.4 Revisão bibliográfica	13
1.4.1 Resolução – RDC nº 29.....	13
1.4.2 Lei nº 11.343.....	15
1.4.3 Decreto nº 7.179.....	17
2. ÁREA DE INTERVENÇÃO.....	18
2.1 O município	18
2.1.1 Justificativa da escolha do município	19
2.2 Sistema viário	20
2.3 O terreno.....	21
2.3.1 Justificativa da escolha do terreno	24
2.4 Levantamento fotográfico	24
2.5 Levantamento planialtimétrico	26
2.6 Análise da cobertura vegetal	27
2.7 Análise da insolação.....	28
2.8 Análise do vento predominante	29
2.9 Análise do sistema viário local.....	30
2.10 Análise dos usos e alturas do entorno	31
2.11 Demais análises	34
3. MÉTODO DE PESQUISA	35
3.1 Centro de Tratamento Casa Clara	35
3.2 Centro de Tratamento Nova Esperança	40
4. NORMAS TÉCNICAS	46
4.1 Acessibilidade	46
4.2 Saídas de emergência.....	49
5. ANÁLISE DE REFERENCIAIS.....	52
5.1 Referenciais análogos.....	52

5.1.1 Centro de Recuperação Hazelden – Unidade de adolescentes e jovens adultos.....	52
5.1.2 Oregon Centro de Tratamento da Toxicodependência	55
5.1.3 Centro Terapêutico para dependentes químicos e alcoólicos.....	57
5.2 Referenciais formais	62
5.2.1 Villa Hendrikx.....	62
5.2.2 Carmel Residence	64
5.2.3 Concurso Projeto Aliah	66
5.2.4 Concurso Hotel Cosega.....	68
6. ANÁLISE DE ITENS E ELEMENTOS ESPECIAIS.....	71
6.1 Estruturas.....	71
6.2 Revestimento de fachadas.....	71
6.3 Paisagismo.....	72
6.4 Sustentabilidade.....	73
6.4.1 Coberturas	73
6.4.2 Captação da água da chuva.....	74
7. PROPOSTA DO PROJETO	75
7.1 Intenções de projeto.....	75
7.2 Porte do projeto.....	76
7.2 Programa de necessidades e pré-dimensionamento.....	76
CONCLUSÃO.....	80
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
ANEXOS.....	86
APÊNDICE	90

INTRODUÇÃO

O tema desenvolvido nesta pesquisa do Trabalho Final de Graduação, do Curso de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Feevale, será um centro de recuperação para dependentes químicos e alcoólicos.

A proposta do projeto será implantada no município de Alto Feliz, no Estado do Rio Grande do Sul, sendo este localizado próximo a microrregiões que contém grande índices de internações por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool ou outras substâncias psicoativas. Trata-se de um município relativamente pequeno e tranquilo, ideal para o tratamento da dependência química e alcoólica.

Esta unidade procurará atender dependentes químicos e alcoólicos de ambos os sexos, proporcionando ao residente um tratamento com toda assistência necessária, contando com um acompanhamento de diversos profissionais, além de oferecer oficinas profissionalizantes, laborterapia (terapia através do manuseio do solo) e atividades de lazer, para que possa retornar ao convívio social com sua autoestima elevada, tornando-se uma pessoa de bem.

1. TEMA

1.1 Definição

Existem diversos tipos de instituições de tratamento para usuários de substâncias psicoativas, como: comunidades terapêuticas, clínicas de tratamento e centros de recuperação. A seguir segue a descrição da diferenciação entre estas.

Conforme relata Mota (2009, p.131), nas comunidades terapêuticas não há supervisão técnica, visto que a recuperação se dá, basicamente, pelo convívio e trocas de experiências entre os indivíduos residentes, onde temos como exemplo os grupos de Alcoólicos Anônimos (AA) ou Narcóticos Anônimos (NA). Esses grupos de ajuda deixam o indivíduo à livre escolha o ato do consumo de drogas ou à bebida.

Segundo Nogueira (2009), autor do livro: “O que é uma Comunidade Terapêutica?”, a comunidade tem como objetivo recuperar vidas, sendo que o ideal para um indivíduo que vive em comunidade é possuir um relacionamento de intimidade com os demais participantes, solidariamente afetivo. O que acontece com uma pessoa na comunidade terapêutica, influencia a coletividade, já que o elemento essencial da vida comunitária é a participação de todos numa mesma cultura.

Tratando-se de clínicas de tratamento, o paciente é acolhido por uma equipe de médicos psiquiatras, clínicos gerais, psicólogos, terapeutas, professores de educação física, que atuam de forma interdisciplinar, cuidando do ser humano como um todo. Desta maneira, pode-se verificar a quantidade de profissionais envolvidos no tratamento ao dependente, onde não há convívio social entre estes (VIVA CLÍNICA TERAPÊUTICA, 2012).

Em um centro de recuperação, de acordo com o Ministério da Saúde, deve-se oferecer um atendimento individual através de orientação, psicoterapia, medicamentos e outros, em grupo com atividades de suporte social, além de oficinas terapêuticas, atendimentos domiciliares, visitas, atendimento à família e atividades comunitárias para que o dependente químico e alcoólico tenha uma

integração com a comunidade e também a inserção social e familiar (JORNAL EM DISCUSSÃO, 2012).

Nos centros de recuperação o dependente é apresentado à filosofia dos doze passos do AA e NA e também tratado por profissionais que auxiliam no desenvolvimento em relação a sua doença (GRUPO RECANTO, 2012).

Assim, um centro de recuperação é a união entre a comunidade terapêutica, sendo esta baseada no tratamento mútuo entre os residentes, e a clínica de tratamento, onde há somente o acompanhamento de diversos profissionais, sem haver contatos entre os dependentes.

Desta forma, o foco desta pesquisa é o centro de recuperação de dependentes químicos e alcoólicos, onde há a troca mútua de experiências entre os residentes e o acompanhamento de profissionais especializados para a abstinência total quanto ao uso de drogas e álcool.

Estas unidades tem por função a oferta de um ambiente protegido, que ofereça todo o suporte e tratamento aos dependentes de substâncias psicoativas, durante o período estabelecido conforme o programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso em particular.

1.2 Objetivos

Primeiramente é preciso entender que a dependência química é uma doença multifatorial e multifacetada. Não está baseada num tratamento simples e puro de uma doença. Desta forma, precisa-se ter como objetivo principal a psicoeducação, na qual o dependente precisa compreender e conscientizar-se do problema, buscando assim a reestruturação do seu estilo de vida. Não basta apenas parar de usar a droga, é necessário redescobrir o prazer de viver de forma saudável, em harmonia com a família e amigos.

A partir daí, após a compreensão e a aceitação da doença, parte-se ao tratamento, no qual o centro de recuperação que será projetado pretende:

- Disponibilizar um tratamento de qualidade para os residentes;
- Oferecer um tratamento diferenciado, tratando os residentes com responsabilidade, respeito e carinho, visto que a dependência química deve ser

tratada como uma doença e que o dependente, devido a sua realidade, necessita de cuidados especiais;

- Estimular a mútua ajuda através de discussões em grupos, palestras educativas, organização dos dormitórios, manuseio com o solo (laborterapia), etc.;
- Dispor de orientação médica, psiquiátrica, psicológica, terapeuta e de demais profissionais para que estes ajudem no tratamento do residente;
- Oferecer ao interno atividades diversificadas, através de meditação, grupos de estudo, atividades físicas, oficinas, para que este sintam-se mais úteis através da ocupação de seu tempo;
- Trabalhar a reinserção social, fazendo com que o dependente possa ter contato com a comunidade durante o término de seu tratamento, onde deve-se contar com a participação também dos familiares;
- Auxiliar a família do residente, através de palestras informando os aspectos da doença e como proceder com um dependente em recuperação;
- Oferecer, pós-tratamento ao residente, fazendo com que este tenha ainda o contato com o Centro, participando de algumas atividades, onde pode-se monitorar a recuperação deste, prevenir recaídas e trabalhar a sua reinserção social.

1.3 Justificativa do tema

A dependência química e alcoólica aumenta descontroladamente com o passar dos anos. Ligada a esta, estão a prostituição, roubos, etc., o que prejudica, não só o dependente, mas a família, amigos e a população em geral, que acaba sofrendo com as consequências que as drogas e o álcool trazem para a vida de um dependente.

Cerca de 4% da população adulta brasileira já experimentou cocaína. A pesquisa foi realizada pelo Instituto Nacional de Políticas Públicas do Alcool e Outras Drogas (Inpad), da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), que apontou que seis milhões de pessoas (4% da população adulta brasileira) e 3% dos adolescentes (420.000 indivíduos), experimentaram cocaína ou algum de seus derivados na vida. Somente no ano de 2011, a incidência de usuários foi de

2% entre os adultos (2,5 milhões de indivíduos) e 2% entre os jovens que corresponde a 244.000 pessoas.

Assim como o uso de drogas, a ingestão de álcool também pode provocar danos irreversíveis ao organismo. Um levantamento feito pelo Ministério da Saúde diz que o consumo de álcool tem feito cerca de 17.300 vítimas por ano, dando um total de 47 por dia. Além de estar relacionado com doenças graves, o álcool aumenta o peso, sendo também responsável pela desidratação do corpo, por isso, geralmente há a sensação de ressaca após a bebedeira.

A ingestão de grandes quantidades de álcool pode provocar lesões:

- No cérebro: reduz a capacidade de memorização e de atenção, reduzindo os reflexos e provocando sonolência;
- No fígado: lesões crônicas que chegam à cirrose, podendo matar;
- No sangue: o paciente pode ter anemia;
- No estômago, intestino e esôfago: agravando doenças já existentes como úlcera, gastrite e hemorragia;
- No sexo: provocando esterilidade e impotência.

Segundo Salgado (apud VALCARENGHI, 2012), especialista em dependência química e integrante da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas, diz que é dada ênfase ao modelo ambulatorial por parte das políticas públicas, onde se encontra em segundo plano o tratamento com internação. Segundo Salgado, a demanda por mais vagas para internação acentuou-se com o consumo do crack e da cocaína, onde é necessário se dar maior importância e haver uma maior reflexão sobre as políticas antidrogas adotadas no Brasil.

A falta informação e de investimentos no combate e a prevenção às drogas e alcoolismo é algo preocupante, o que faz com que as pessoas comecem a consumir drogas e álcool cada vez mais cedo. Muitas vezes, familiares não possuem condições financeiras para que possa ser feita a internação de um dependente químico e/ou alcoólico, visto que as clínicas de tratamento e centros de recuperação particulares possuem um tratamento muito caro.

Se compararmos dados do Brasil entre os anos de 2008 (Tabela 01) e Junho/2011 a Julho/2012 (Tabela 02), podemos verificar que houve um aumento quanto ao número de internações de 7,59%. Já a Região Sul, segunda região

com maior número de internações, obteve um aumento de 20,12% nos períodos analisados, enquanto a Região Sudeste, que ocupa a primeira colocação houve um aumento de apenas 6,94%. Desta forma, a Região Sul corresponde a um aumento quase três vezes maior do que se comparada com todo o Brasil e a Região Sudeste.

Tabela 01 – Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação – Brasil

Período: Janeiro/2008 – Dezembro/2008

Internações por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool ou uso de outras substâncias psicoativas.

Fonte: SUS – Sistema de Informática do Sistema Único de Saúde (tratado digitalmente pela autora).

Internações por Sexo segundo Região

Lista Morb CID-10: Transt mentais e comportamentais dev uso de álcool, Transt mentais comport dev uso outr subst psicoat

Período: 2008

Região	Masc	Fem	Total
TOTAL	88.144	13.876	102.020
Região Norte	583	116	699
Região Nordeste	14.851	2.274	17.125
Região Sudeste	35.920	5.953	41.873
Região Sul	28.552	4.087	32.639
Região Centro-Oeste	8.238	1.446	9.684

Tabela 02 – Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação – Brasil

Período: Julho/2011 – Junho/2012

Internações por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool ou uso de outras substâncias psicoativas.

Fonte: SUS – Sistema de Informática do Sistema Único de Saúde (tratado digitalmente pela autora).

Internações por Sexo segundo Região

Lista Morb CID-10: Transt mentais e comportamentais dev uso de álcool, Transt mentais comport dev uso outr subst psicoat

Período: Jul/2011-Jun/2012

Região	Masc	Fem	Total
TOTAL	92.635	17.125	109.760
Região Norte	897	259	1.156
Região Nordeste	12.823	2.056	14.879
Região Sudeste	37.191	7.590	44.781
Região Sul	33.434	5.771	39.205
Região Centro-Oeste	8.290	1.449	9.739

Atualmente, 0,06% da população brasileira possui algum transtorno mental e comportamental devido ao uso de álcool ou substâncias psicoativas.

Comparando-se os estados da Região Sul, pode-se verificar que o Rio Grande do Sul passou de segundo lugar na Tabela 03, para primeiro na Tabela 04, havendo um aumento de 69,98% nas internações. No estado do Paraná, que ocupava em 2008 a primeira colocação, por exemplo, houve um déficit de 10,86% no número de internações.

Tabela 03 – Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação – Região

Período: Janeiro/2008 – Dezembro/2008

Internações por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool ou uso de outras substâncias psicoativas.

Fonte: SUS – Sistema de Informática do Sistema Único de Saúde (tratado digitalmente pela autora).

Internações por Sexo segundo Região/UF

Região: Região Sul

Lista Morb CID-10: Transt mentais e comportamentais dev uso de álcool, Transt mentais comport dev uso outr subst psicoat

Período: 2008

Região/UF	Masc	Fem	Total
TOTAL	28.552	4.087	32.639
Região Sul	28.552	4.087	32.639
.. Paraná	13.879	1.597	15.476
.. Santa Catarina	5.155	701	5.856
.. Rio Grande do Sul	9.518	1.789	11.307

Tabela 04 – Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação – Região

Período: Julho/2011 – Junho/2012

Internações por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool ou uso de outras substâncias psicoativas.

Fonte: SUS – Sistema de Informática do Sistema Único de Saúde (tratado digitalmente pela autora).

Internações por Sexo segundo Região/UF

Região: Região Sul

Lista Morb CID-10: Transt mentais e comportamentais dev uso de álcool, Transt mentais comport dev uso outr subst psicoat

Período: Jul/2011-Jun/2012

Região/UF	Masc	Fem	Total
TOTAL	33.434	5.771	39.205
Região Sul	33.434	5.771	39.205
.. Paraná	12.200	1.596	13.796
.. Santa Catarina	5.393	797	6.190
.. Rio Grande do Sul	15.841	3.378	19.219

Se compararmos dados com a população total do Rio Grande do Sul, que segundo IBGE (2012a) de 2010 é de 10.693,929 habitantes, podemos concluir que 0,18% da população gaúcha tem algum transtorno mental e comportamental relacionado ao uso de substâncias psicoativas ou ao consumo de álcool. Desta forma, a internação hospitalar por uso de álcool e substâncias psicoativas foi, de acordo com dados do SUS, em proporções populacionais, o triplo no Rio Grande do Sul que no Brasil.

Está sendo analisado pela Câmara e o Ministério da Saúde, sob Lei 3365/12, um projeto lançado pelo deputado Eduardo da Fonte, que prevê a internação obrigatória por ordem judicial ou quando necessária à ordem pública, de dependentes de droga e álcool. O pedido de internação pode ser feito pela família, responsável legal ou pelo Ministério Público, visto que é considerado internação compulsória de usuários de drogas um mecanismo fundamental em situações nas quais existe o risco de vida (AGÊNCIA CÂMARA, 2012).

Desta forma, com a junção de todas estas informações, reunindo a falta de estabelecimentos adequados para o tratamento de dependentes, o aumento descontrolado do uso de substâncias psicoativas e álcool, sendo que o Brasil encontra-se entre um dos maiores países de consumo de crack e cocaína, sentiu-se a necessidade da construção de uma instituição que compreenda um tratamento de qualidade e com uma infraestrutura adequada.

1.4 Revisão bibliográfica

1.4.1 Resolução – RDC nº 29

Até o ano de 2011 a norma que regia as comunidades terapêuticas era a RDC nº 101, de 30 de maio de 2001. A partir da data de 30 de junho de 2011 entrou em vigor a RDC nº 29, que apresenta esclarecimentos e orientações sobre o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias. Esta nova

regulamentação revoga e substitui a RDC nº 101, que disciplinava o funcionamento das instituições conhecidas como “Comunidades Terapêuticas”.

Assim que a norma é aplicada pela autoridade sanitária do Estado e do município, estes devem considerar que estas instituições não devem seguir os rigores da legislação sanitária que é aplicada para hospitais e clínicas, por exemplo, devem observar que estas instituições tem caráter social apenas, não tratando-se de estabelecimentos de saúde. Apenas quando houver a prestação de serviços assistenciais de saúde ou a realização de procedimentos clínicos, deve-se aplicar os requisitos específicos de estabelecimentos de saúde.

Desta forma, a principal diferença entre as RDC nº 101 e a RDC nº 29 é a mudança entre as instituições que prestam serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, em regime de residência e os estabelecimentos de saúde, como hospitais, clínicas e demais.

Abaixo é apresentado o quadro comparativo entre a antiga RDC nº 101 e a nova RDC nº 29:

Tabela 05 – Quadro comparativo entre a antiga RDC nº 101 e a atual RDC nº 29.
(Fonte: Agência Nacional de vigilância sanitária – ANVISA, 2011).

Item	RDC 101/2001	RDC 29/2011
Denominação das instituições	Denomina como “comunidades terapêuticas”	Não utiliza denominação específica, abrangendo todas as instituições, independente de nomenclatura
Licença sanitária	Há exigência	Mantida a exigência
Responsável técnico	Profissional de nível superior na área da saúde e serviço social	Profissional e um substituto, sendo ambos de nível superior de qualquer área de formação
Recursos humanos	Denomina tipos de profissionais e estabelece sua proporção em relação ao número de residentes	Recursos humanos em número compatível com as atividades desenvolvidas.
Capacitação	Exige o reconhecimento de cursos de capacitação pelos antigos “conselhos de entorpecentes”	Determina ações de capacitação para a equipe, mantendo o registro da execução.
Organização do Serviço	Estabelece poucos requisitos de forma dispersa	Estabelece condições organizacionais de forma sistemática
Programa terapêutico	Estabelece a obrigação de “programa terapêutico” especificando atividades fixas com respectiva frequência de realização	Abandona o termo “programa terapêutico” e institui o registro de atividades em ficha do residente, sem definir rol fixo.
Procedimento/ Processos Assistenciais	Extensa lista de aspectos a serem contemplados na admissão e durante o tratamento, com repetição de critérios	Itens específicos para os processos de admissão, tratamento e desligamento do residente.
Prestação de serviços de saúde e relação com a rede de serviços de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Rotina de atendimento de saúde • Atendimento psiquiátrico periódico • Encaminhamento à rede de saúde em caso de intercorrências clínicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Indicação de serviços de atenção à saúde da rede pública ou privada para os residentes • Mantido encaminhamento à rede

Item	RDC 101/2001	RDC 29/2011
Infraestrutura	Necessidade de aprovação de projeto físico na vigilância sanitária e várias exigências para os ambientes, como metragem, proporções e limite para número de residentes	Dispensa aprovação de projeto e exige infraestrutura compatível com número de residentes da instituição. Não estabelece proporção entre os ambientes e o número de residentes
	Estabelece proposta de listagem de ambientes	Determina os ambientes que a instituição deve possuir
Sigilo e Anonimato	Compromisso com o sigilo segundo normas éticas e legais e garantia do anonimato	Mantida a garantia do sigilo segundo normas éticas e legais, incluindo o anonimato
Crítérios de elegibilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Veda a admissão de grau grave de comprometimento orgânico e/ou psicológico • Determina encaminhamento a outras modalidades de atenção. 	Veda a admissão de pessoas que necessitem de serviços de saúde não disponibilizados pela instituição
Garantias para os residentes	Previstas nos critérios de admissão e tratamento.	Mantidas com redação sistematizada e sintética
Administração de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecimentos de saúde com procedimentos de desintoxicação com medicamentos sob controle especial, estão submetidos à Portaria SVS/MS n.º 344/98. • Quando não há prescrição, somente guarda, fica dispensada da Portaria SVS/MS n.º 344/98. 	Designa ao RT a responsabilidade pelos medicamentos em uso pelos residentes e veda o estoque de medicamentos sem prescrição médica.
Prazo de adequação	2 anos	12 meses

Assim sendo, toma-se como base a RDC nº 29 para questões projetuais, onde serão levados em consideração os ambientes exigidos pela legislação e analisando-se também alguns itens presentes na RDC nº 101, que apesar de ter sido substituída, ainda possui itens de extrema importância para um adequado e eficiente tratamento.

1.4.2 Lei nº 11.343

A lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, institui o Sistema Nacional de Políticas sobre as Drogas – Sisnad. Esta estabelece normas para o tráfico ilícito de drogas e repressão à produção não autorizada, prescreve medidas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, além de definir crimes e dá outras providências.

Segundo esta Lei, são consideradas como drogas as substâncias ou produtos que causam dependência.

De acordo com Art. 2º, as drogas são proibidas em todo o território nacional, bem como o plantio, cultura, colheita e exportação de vegetais e substratos de onde possam ser extraídas ou produzidas as drogas, exceto para uso medicinal e científico, perante autorização legal e fiscalização.

Segundo capítulo IV do título II, as instituições que atendam usuários ou dependentes de drogas, devem comunicar ao órgão competente municipal os casos atendidos e os óbitos ocorridos, sempre preservando a identidade das pessoas.

O capítulo III do título III, traz os crimes e penas aplicadas a quem adquirir, guardar, transportar ou trazer consigo, ou tiver em depósito, para consumo pessoal, drogas sem autorização. As penas aplicadas são pelo prazo máximo de 5 meses, segundo Art. 28 são estas:

- advertência sobre os efeitos das drogas;
- prestação de serviços à comunidade;
- medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo.

Estas penas também são aplicadas a quem semeia, cultiva ou colhe plantas destinadas à preparação de substâncias que causam dependência física ou psíquica.

Segundo determinação do juiz, o Poder Público deve colocar à disposição do infrator, um estabelecimento de saúde preferencialmente ambulatorial, para tratamento especializado que seja gratuito.

Desta forma, o controle deve ser intensivo dentro de um centro de recuperação, para que o residente não tenha nenhum contato com qualquer tipo de substância que possa causar dependência, visto que este se encontra em tratamento e deve-se evitar recaídas.

1.4.3 Decreto nº 7.179

O Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas.

Segundo Art. 2º, este Plano tem por objetivos:

- integrar, estruturar, articular e ampliar as ações que estão voltadas à prevenção do uso, reinserção social e tratamento dos usuários de crack e outras drogas;
- estruturar, ampliar e fortalecer as redes de atenção à saúde e de assistência social para usuários de crack e outras drogas;
- promover a ampliar a participação comunitária nas políticas e ações de prevenção do uso, reinserção social e ocupacional e o tratamento dos usuários de crack e outras drogas;
- fortalecer as ações de enfrentamento ao tráfico de crack e outras drogas ilícitas em todo o território nacional.

No § 1º do Art. 5º diz que algumas ações imediatas devem ser tomadas, tais como a ampliação de:

- número de leitos, para o tratamento de usuários de crack e outras drogas;
- rede de assistência social voltada ao acompanhamento sociofamiliar e à inclusão de crianças, jovens e adolescentes usuários em programas de reinserção social;
- ação de prevenção tratamento, assistência e reinserção social em regiões que apresentem grande vulnerabilidade à violência e ao uso de crack e outras drogas;
- operações voltadas à eliminação da rede de narcotráfico;

Assim sendo, deve ser incentivada a participação da comunidade junto com o apoio da assistência social, para a reinserção do dependente no meio social. Portanto, um centro de recuperação deve trabalhar para que o residente, após o tratamento, consiga manter uma vida normal em sociedade, dirigindo-o para um emprego digno, contando com o apoio da família, para que este ocupe seu tempo com algo que sinta prazer em fazer, evitando recaídas.

2. ÁREA DE INTERVENÇÃO

2.1 O município

O município de Alto Feliz, local escolhido para a execução do projeto, foi elevado à categoria de município pela lei estadual nº 9623, de 20/03/1992, desmembrando-se da cidade de Feliz. Segundo dados do IBGE (2012b) de 2010, o município de Alto Feliz possui 2.917 habitantes, onde 72% da população é rural e apenas 28% é urbana, possuindo uma área de 79,17 Km², distante da capital cerca de 71 Km.

O nome de Alto Feliz está relacionado com a sua situação geográfica, é originário de “Orben Feliz”, que significa Feliz Alta. Os colonizadores alemães chegaram em 1846, se estabelecendo no alto do morro denominado como Batatenberg (Morro das Batatas). Os italianos chegaram após o ano de 1865, através da antiga Linha Colonial, que se estendia desde o Rio Caí até os campos de cima da Serra e fixaram-se mais ao norte. Desta forma, alemães e italianos são as etnias formadoras do povo alto-felizense.

A estrada Júlio de Castilhos foi construída por volta de 1900, sendo esta a única via de acesso entre a cidade de Porto Alegre e a região norte do Estado. Assim, a população, antes localizada no Morro das Batatas, começou a se concentrar ao longo da rodovia, deslocando o centro econômico social.

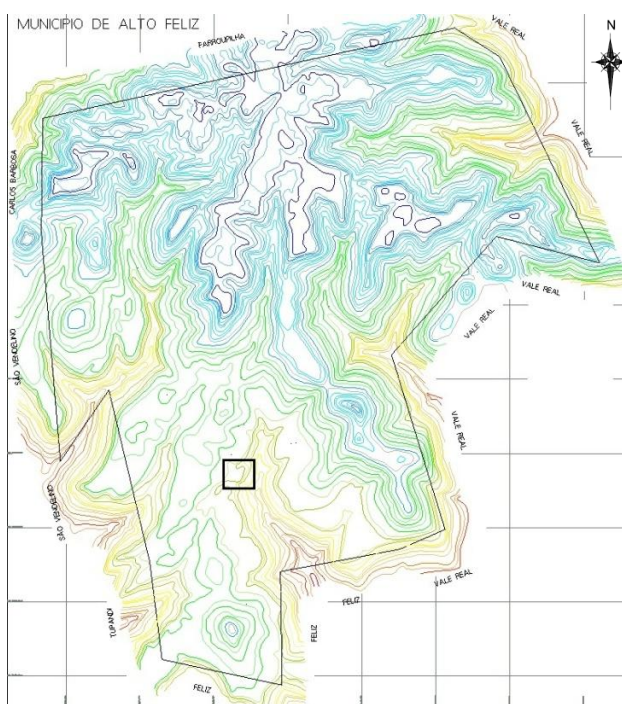


Imagem 01 – Localização de Alto Feliz no Estado do Rio Grande do Sul.

(Fonte: Wikipedia, 2012)

Imagem 02 – Mapa do município de Alto Feliz com as cidades limites e a localização do terreno.

(Fonte: PMAF, 2012)

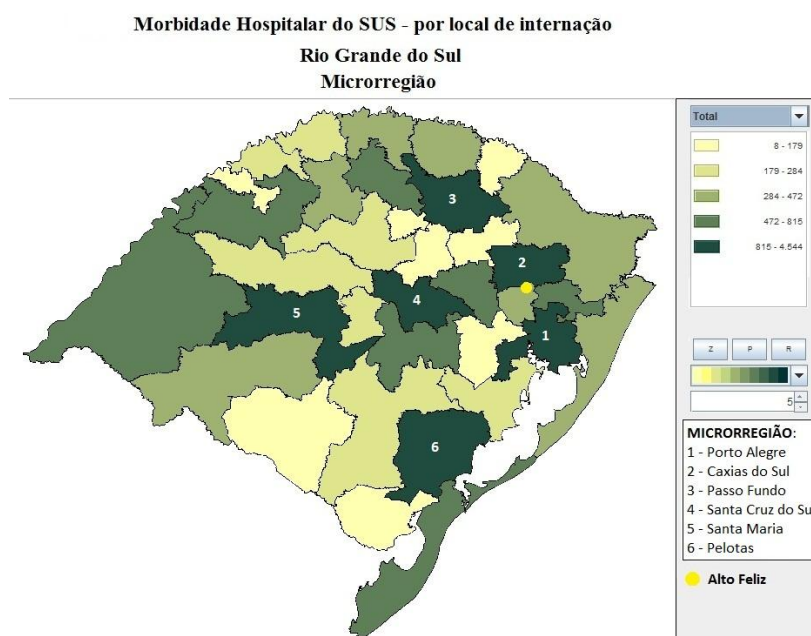


Alto Feliz limita-se a Norte com a cidade de Farroupilha, a Leste com Vale Real, a Sul com o município de Feliz, a Sudoeste com Tupandi, a Oeste com São Vendelino e a Noroeste com a cidade de Carlos Barbosa.

O município conta com uma Unidade Básica de Saúde disponível para toda a população e os índices de criminalidade são muito baixos.

2.1.1 Justificativa da escolha do município

No Mapa 01, podemos verificar as microrregiões que contém maior quantidade de internações por transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas e uso de álcool, sendo estas a microrregião de Porto Alegre (1), Caxias do Sul (2), Passo Fundo (3), Santa Cruz do Sul (4), Santa Maria (5) e Pelotas (6). Alto Feliz, localidade escolhida para ser implantado o Centro de Recuperação para dependentes químicos e alcoólicos, se encontra no ponto amarelo no mapa, localizado entre as microrregiões de Porto Alegre e Caxias do Sul, as quais apresentam grandes índices de dependência química e alcoólica do Rio Grande do Sul.



Mapa 01 – Morbidade Hospitalar do SUS por local de internação – Microrregião

Internações por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool ou uso de outras substâncias psicoativas.

Fonte: SUS – Sistema de Informática do Sistema Único de Saúde (tratado digitalmente pela autora).

A Tabela 06 contém informações da quantidade de dependentes químicos e alcoólicos cadastrados através do SUS, no período de 1 ano (julho de 2011 a junho de 2012) de microrregiões que estão localizadas no entorno do município de Alto Feliz. Nesta tabela é possível identificar, portanto que a microrregião de Porto Alegre e de Caxias do Sul são as que mais contém internações.

Alto Feliz, localizado nas proximidades das microrregiões de Porto Alegre, Caxias do Sul, Montenegro e de Gramado e Canela, daria suporte a estas, visto que a procura por este tipo de serviço é alta, como se pode verificar na tabela abaixo.

Tabela 06 – Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação – Microrregião
Internações por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool ou uso de outras substâncias psicoativas.

Fonte: SUS – Sistema de Informática do Sistema Único de Saúde

Internações por Sexo segundo Microrregião

Microrregião: Caxias do Sul, Gramado-Canela, Lajeado-Estrela, Montenegro, Porto Alegre, S. Jerônimo

Lista Morb CID-10: Transt mentais e comportamentais dev uso de álcool, Transt mentais comport dev uso outr subst psicoat

Período: Jul/2011-Jun/2012

Microrregião	Masc	Fem	Total
TOTAL	5.900	1.487	7.387
43016 Caxias do Sul	932	157	1.089
43021 Lajeado-Estrela	658	117	775
43023 Montenegro	363	63	426
43024 Gramado-Canela	453	82	535
43025 S. Jerônimo	17	1	18
43026 Porto Alegre	3.477	1.067	4.544

2.2 Sistema viário

De Porto Alegre é possível chegar ao município de Alto Feliz pela BR 116, onde deve-se acessar a RS 122 em Vila Scharlau/São Leopoldo, seguindo até a cidade de Bom Princípio, ingressando na RS 452 sentido a cidade de Feliz e posteriormente se dirigindo pela VRS 826, sendo esta muito conhecida como Estrada Júlio de Castilhos. Da Serra Gaúcha, o município pode ser acessado após a cidade de Farroupilha, ingressando na mesma VRS 826, seguindo sentido à cidade de Feliz.

No início do século XX, a Estrada Júlio de Castilhos era a única via de acesso entre Porto Alegre e a região norte do Estado. Iniciava em São Leopoldo,

passando pela cidade de Feliz, Feliz Alta (como era denominada Alto Feliz antes da sua emancipação), Nova Milano, Nova Roma do Sul, Antônio Prado, chegando até Vacaria, no alto da Serra.

Posteriormente foram abertas a BR 116, ligando então Porto Alegre a Vacaria, passando por Nova Petrópolis, a RS 122, entre Portão e Caxias do Sul, passando por São Vendelino e a RS 452, de Bom Princípio ao trevo da BR 116, em Vila Cristina, Caxias do Sul, que interligava as duas rodovias, deslocando o eixo viário para as margens do Rio Caí, o que deixou Alto Feliz praticamente isolado.

Na Imagem 03 pode ser verificado como se dá a ligação dos municípios vizinhos à Alto Feliz.

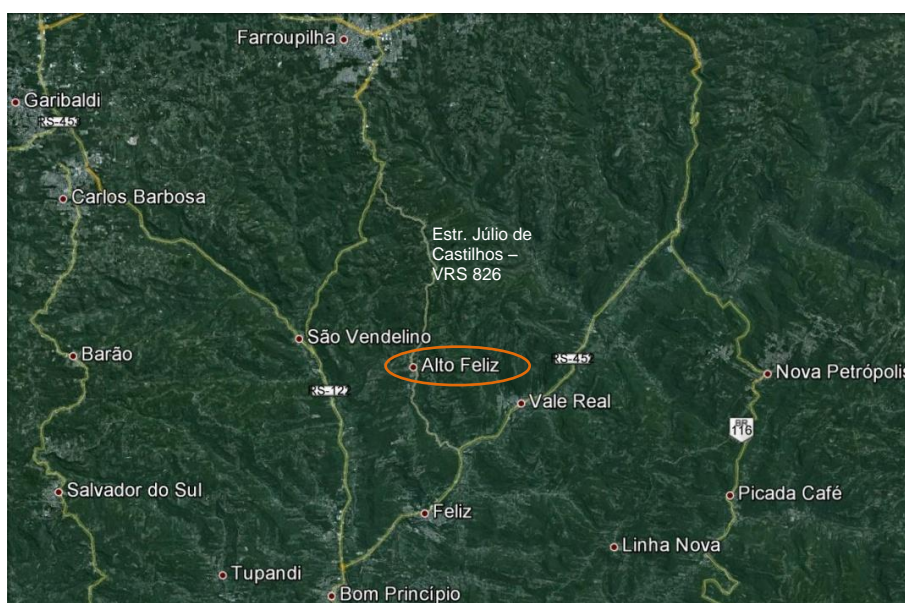


Imagem 03 – Sistema viário.
(Fonte: Google Earth, tratada digitalmente pela autora).

2.3 O terreno

O terreno no qual será feito o projeto do Centro de Recuperação de Dependentes Químicos e Alcoólicos se localiza no município de Alto Feliz, possui 6,09 hectares e está no limite da zona urbana, segundo dados do setor tributário municipal. Mesmo estando localizado dentro da zona urbana municipal, o local é muito calmo, bastante arborizado e com pouco fluxo de veículos na parte em que se dá o acesso ao terreno.

Grande parte do terreno não poderá ser utilizado para construção por haver grande desnível e a presença de mata nativa também é um empecilho, mas torna-se um condicionante positivo por haver bastante integração com a natureza local, fator importante para o tratamento de dependência química e alcoólica.

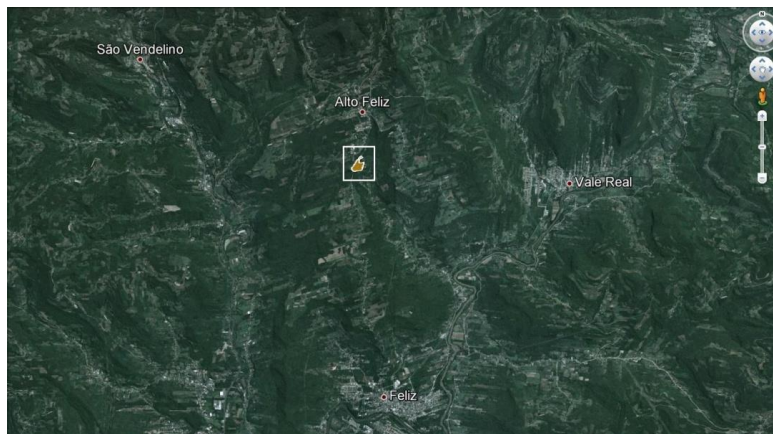


Imagem 04 – Mapa de Alto Feliz com demarcação do lote e localização das cidades vizinhas. (Fonte: Google Earth, tratada digitalmente pela autora).

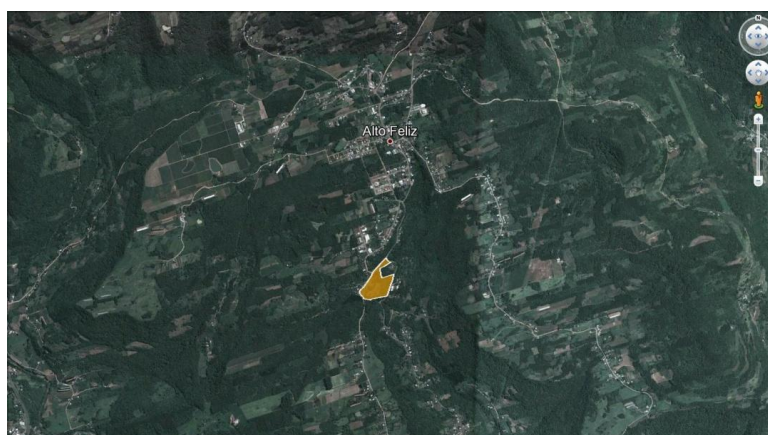


Imagem 05 – Imagem do terreno no município. (Fonte: Google Earth, tratada digitalmente pela autora).



Imagem 06 – Imagem do lote e seu entorno próximo. (Fonte: Google Earth, tratada digitalmente pela autora).

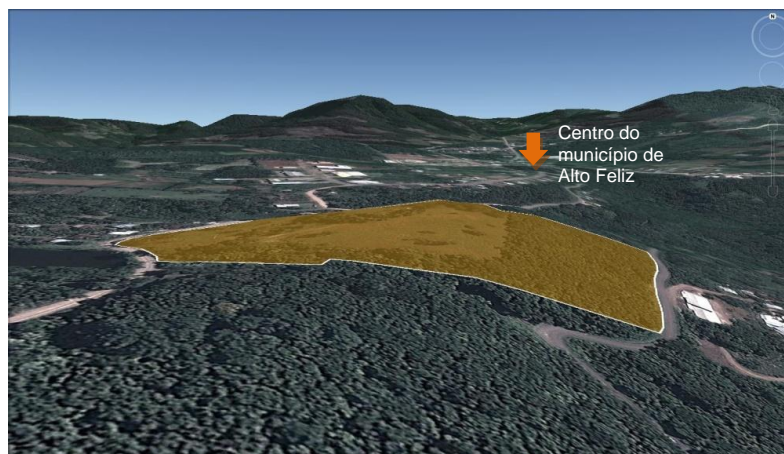


Imagem 07 – Vista sul em perspectiva.
(Fonte: Google Earth, tratada digitalmente pela autora).

Como pode ser verificado na Imagem 07 a parte mais alta do lote se dá à oeste, tendo à leste um grande desnível e grande vegetação.

O local é extremamente bonito e pouco utilizado, contendo, em sua maior cota pouca vegetação, uma residência mal conservada, inabitada e um galpão para a criação de gado, que serão desconsiderados no projeto. O lote tem uma vista privilegiada para os morros que o circundam, transmitindo muita tranquilidade.

Na área passa também um córrego (Imagem 08), sendo este proveniente de um açude localizado nas proximidades do terreno que abastece uma cascata (Imagem 09), ponto turístico do município. O alto desta cascata pode ser acessado através do terreno em estudo. Para fins de construção, será levado em consideração o recuo mínimo exigido em áreas de preservação permanente.

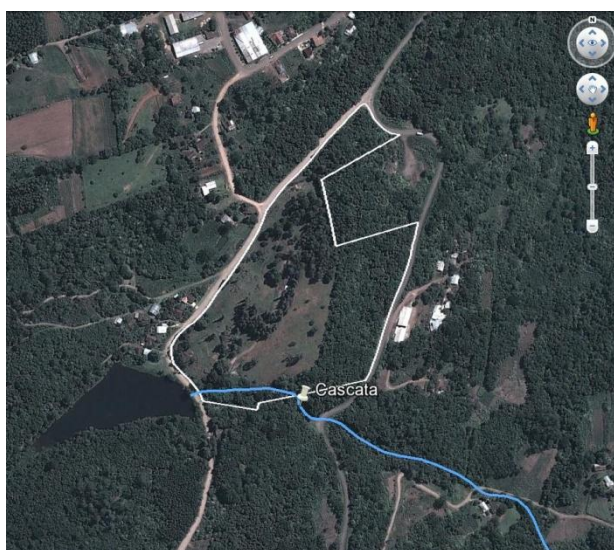


Imagem 08 – Mapa com a localização do córrego e a cascata.
(Fonte: Google Earth, tratada digitalmente pela autora).



Imagem 09 – Cascata.
(Fonte: autora, 2011)

2.3.1 Justificativa da escolha do terreno

A escolha do terreno se deu pelo fato de ser um local extremamente tranquilo, com uma área que permite expansão do projeto caso necessário e por haver grande integração com a natureza, visto que o local é provido de uma mata nativa e com vista para diversos morros que o circundam, podendo-se assim explorar suas visuais, ideal para a implantação de um centro de recuperação.

A topografia do local também se dá de forma interessante, visto que a parte que contém maior desnível, localizada a leste, não será utilizada para o projeto, preservando a vegetação existente.

2.4 Levantamento fotográfico

Um fator que deve ser levado em conta para a escolha de um terreno para este tipo de tema é a tranquilidade. As fotos que seguem, demonstram que o local contém, em parte, bastante arborização e contato com a natureza, o que transmite muita paz para quem utilizar o espaço.

Na imagem abaixo será marcado o local de onde as fotos foram tiradas.



Imagem 10 – Área de intervenção com a marcação de fotos.
(Fonte: Google Earth, tratada digitalmente pela autora).



Foto 01 – Vista para nordeste, de acesso ao lote.
(Fonte: autora, 2012)

A foto 01 mostra a estrada de acesso, já dentro do lote. Ao fundo pode-se ver alguns morros e a presença de ciprestes, por onde o caminho passa.



Foto 02 – Vista para o sul. Neste ponto se dá a área mais alta do terreno.
(Fonte: autora, 2012)

Na foto 02 pode-se verificar que na parte mais alta do terreno há pouca vegetação e também pouco desnível. Esta parte do terreno que pode ser vista na foto, será a utilizada para o projeto do Centro de Recuperação.

A arborização existente mais ao fundo da foto será mantida, pois é ali que passa o córrego e é considerada área de preservação permanente.



Foto 03 – Vista para noroeste. Terreno relativamente plano com pouca arborização.
(Fonte: autora, 2012)

Na foto 03 pode ser vista, de outro ângulo a cota mais alta do terreno em estudo.



Foto 04 – Vista para leste. Mata nativa que será preservada.
(Fonte: autora, 2012)

Na foto 04, podemos ver a intensa arborização existente no lote. Esta se dá em toda área leste do terreno, a qual será mantida, por ser mata nativa.

2.5 Levantamento planialtimétrico

O terreno possui 36 metros de desnível do nível mais baixo da VRS 826 até seu pico, que está localizado no centro/oeste.

A perspectiva do terreno pode ser vista na Imagem 11, onde é possível verificar o grande desnível existente no local.



Imagem 11 – Vista do terreno em perspectiva.
(Fonte: autora, 2012)

Na Imagem 12, a vista do terreno em plano, com a VRS 826 fazendo limite ao leste e a oeste a Estrada Morro das Batatas.

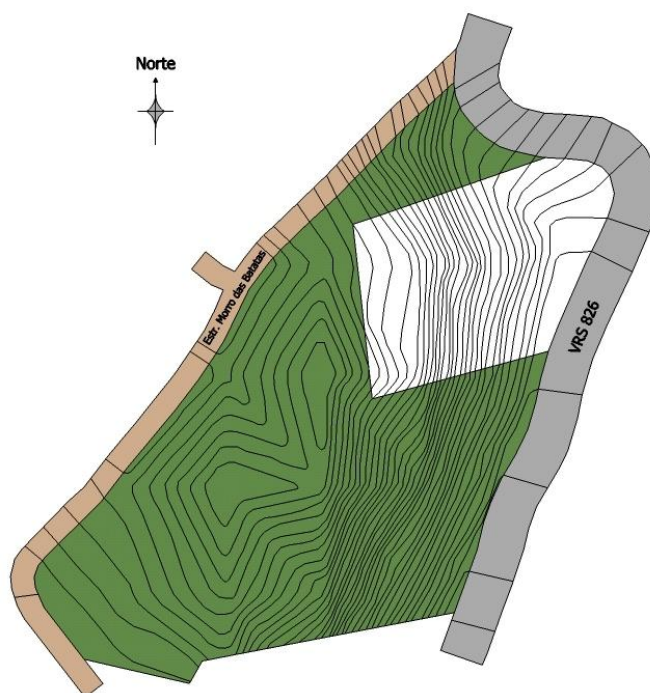


Imagem 12 – Vista do terreno em plano.
(Fonte: autora, 2012)

2.6 Análise da cobertura vegetal

A área em estudo contém bastante vegetação, sendo grande parte desta nativa, contendo espécies como timbaúva, ipê amarelo, angico, guabiroba, canjerana, canela branca, soita cavalo, cedro, dentre outras. Estas estão localizadas, em sua grande maioria, em locais com muito desnível, não sendo ocupado para o projeto.

No alto do terreno encontram-se ciprestes, pinheiros, eucaliptos, palmeiras e árvores frutíferas, como laranjeiras, bergamoteiras, abacateiros e mangueiras, sendo que estas foram posteriormente plantadas pelos antigos donos do terreno.

A Imagem 13 mostra a cobertura vegetal do terreno, onde se pode notar, com mais clareza, as áreas que não são ocupadas pela mata, sendo esta a melhor área para se fazer o projeto do Centro de Recuperação.



Imagem 13 – Cobertura vegetal do terreno.
(Fonte: autora, 2012).

2.7 Análise da insolação

O terreno tem uma posição solar privilegiada, estando localizado no eixo norte-sul. A atual entrada do local se dá pela fachada sudoeste, sendo que isto deve ser levado em conta no momento do projeto, já que pretende-se manter o acesso ao terreno por este local.

A posição solar é de extrema importância para a projeção dos ambientes, tanto internos quanto externos, o que será considerado no momento do projeto. Outro fator que deve ser analisado é o sombreamento da vegetação do local. A mata nativa existente, a qual será mantida, contém copas relativamente baixas, e na cota mais alta do terreno há a presença de vegetação com um porte maior, contendo copas mais altas, o que pode prejudicar um pouco o projeto.

Na Imagem 14, pode-se observar a localização do lote com seu atual acesso demarcado e a análise da trajetória solar no local.



Imagem 14 – análise da insolação no terreno
(Fonte: Google Earth, tratada digitalmente pela autora)

Na Imagem 15 foi feita uma análise da luz solar de vários horários durante o período de um dia. Através das imagens pode-se perceber que o terreno começa a ser iluminado por volta das 06h35. As 07h25 o sol passa a iluminar com mais intensidade, sendo que perto das 8h00 da manhã o terreno já está totalmente iluminado. Às 17h50 parte do terreno passa a ser sombreado, visto que a parte leste deste localiza-se no início de um vale. Desta forma, a partir deste horário o sombreamento passa a ser mais visível, começando do leste, até chegar ao seu pico, no oeste. As 20h00 o terreno já está totalmente sombreado.

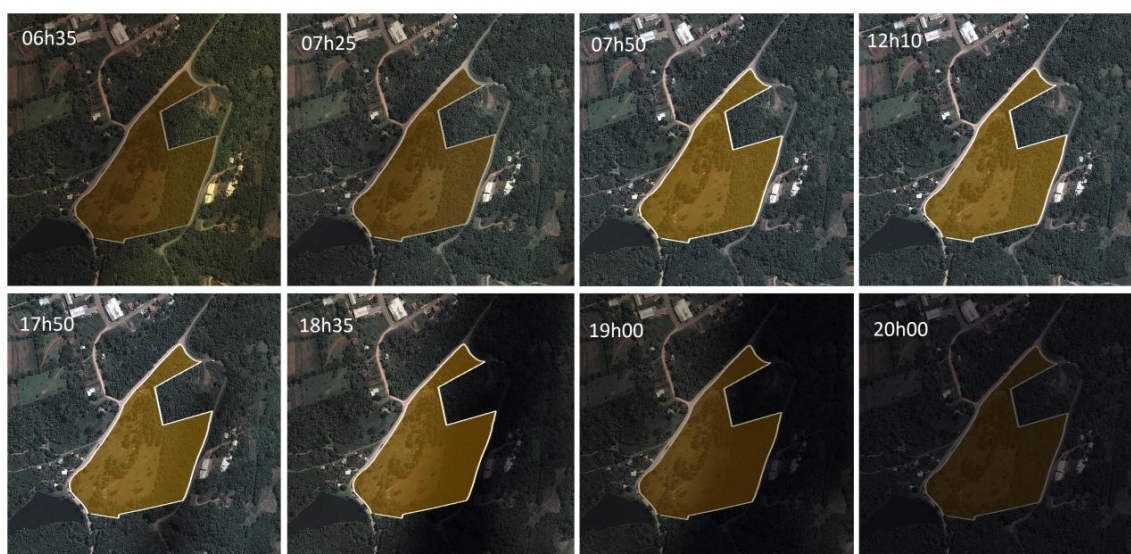


Imagem 15 – Análise solar em diversos horários na data de 09/11/2012.
(Fonte: Google Earth, tratada digitalmente pela autora)

2.8 Análise do vento predominante

O vento predominante do município de Alto Feliz provém do sudeste, que se dá neste sentido pela provável existência de um extenso vale, demarcado na Imagem 16, e também pela proximidade deste com o Rio Caí.

Na Imagem 16, o local mais baixo do vale chega a 50 metros acima do nível do mar, enquanto o ponto mais alto do terreno em estudo está localizado a uma elevação de 312 metros, tendo um desnível de 262 metros. Na Imagem 17, com uma vista mais aproximada da área, a cota mais baixa do vale chega a 110 metros, mantendo um desnível de 202 metros em relação a cota mais alta do terreno.

Por ser num local bastante baixo, localizado entre dois morros, o vale serve como um canal, conduzindo o vento que ganha intensidade, chegando até os locais mais altos, onde estão localizados o terreno em estudo e o centro do município de Alto Feliz.

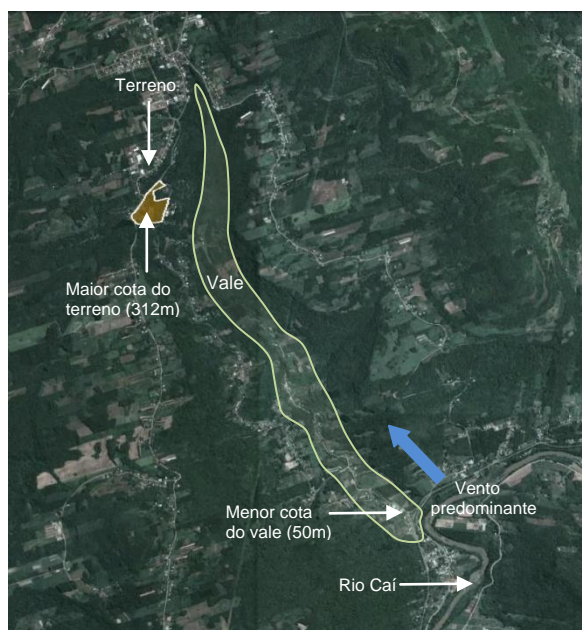


Imagem 16 – Análise do vento predominante com toda extensão do vale.
(Fonte: Google Earth, tratada digitalmente pela autora).



Imagem 17 – Análise do vento predominante com vista mais próxima ao terreno.
(Fonte: Google Earth, tratada digitalmente pela autora).

2.9 Análise do sistema viário local

O traçado viário municipal é bastante sinuoso, tendo que se adequar a topografia existente no local, sendo esta bastante acidentada. Apesar do terreno estar localizado as margens da VRS 826, também chamada de Estrada Júlio de Castilhos, não possui acesso por esta via, visto que o desnível é muito grande, impossibilitando o acesso pelo lado leste. Desta forma, o terreno passa apenas a ser acessado pelo lado oeste, através da Estrada Morro das Batatas, sendo esta municipal, e com pouco fluxo de veículos.

As principais vias do município são, além da VRS 826 que corta a cidade, a Avenida A.J.Renner, a qual dá acesso aos principais pontos do município como a

Prefeitura Municipal, Unidade Básica de Saúde e Escola de Educação Infantil, e a Rua Eugênio Kuhn. A VRS 826, Rua João Freiberger, Avenida A.J.Renner, Rua Roberto Scherer, Rua D. Vicente Scherer e Rua Miguel Kunrath são parcialmente pavimentadas. A Rua Atz, Estrada Morro Belo e a Estrada Morro das Batatas não possuem pavimentação e as demais estão totalmente pavimentadas.

Na Imagem 18 verifica-se como se dá o sistema viário local.

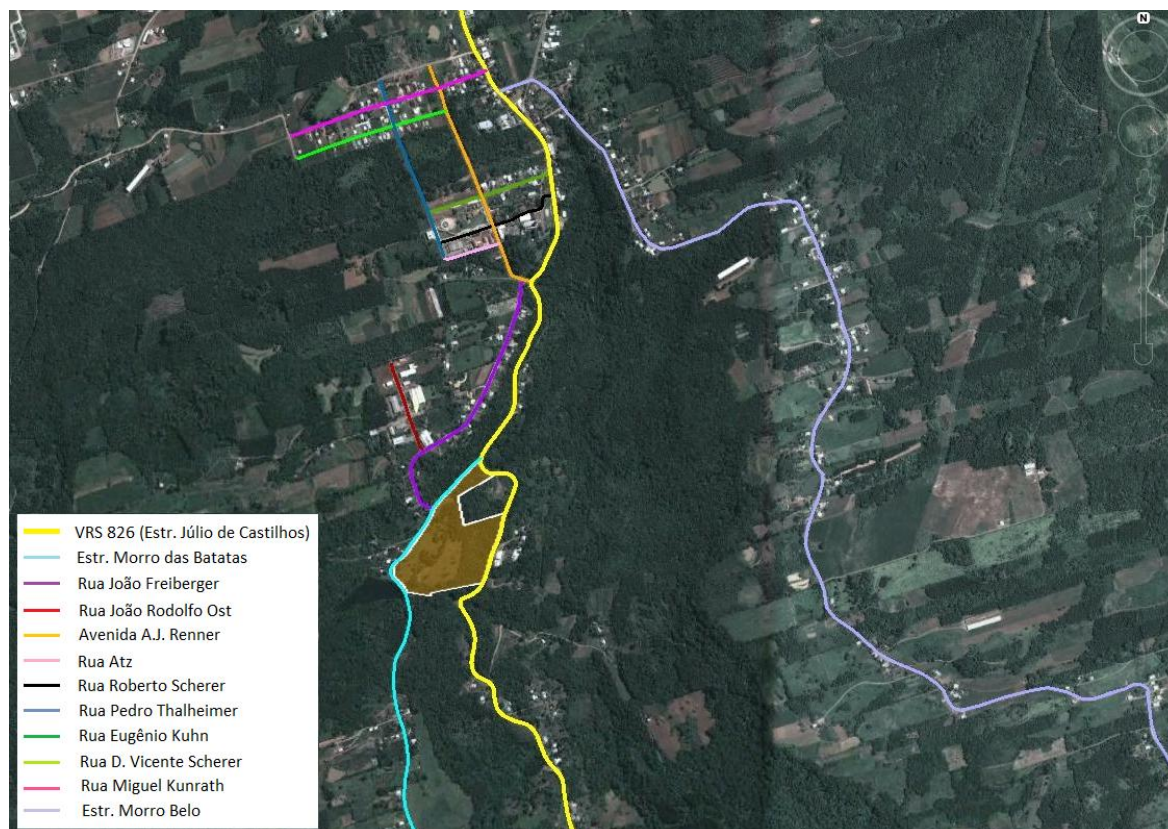


Imagem 18 – Sistema viário local.
(Fonte: Google Earth, tratada digitalmente pela autora).

2.10 Análise dos usos e alturas do entorno

Nas imediações do lote foi verificada a presença de residências, galpões de criação animal e indústrias. As residências, em sua grande maioria são de alvenaria, em bom estado de conservação, algumas deterioradas, sendo que poucas tem como sistema construtivo a madeira. Os galpões para criação animal são todos de madeira. A maioria das indústrias estão concentradas no distrito industrial municipal e uma se localiza as margens da VRS 826. Estas estão todas em estado de conservação bom e são de alvenaria.

Quanto à altura, nas proximidades do terreno encontram-se residências de pequeno e médio porte, sendo estas de um e dois pavimentos. As indústrias existentes no local são em sua maioria de um pavimento.

Na imagem abaixo verificamos a distribuição das edificações e seus usos descritos na legenda. As residências estão espalhadas ao longo das vias, sendo que algumas possuem ruas de acesso particular. Por ter grande parte da população rural, grande parte das famílias do município possuem galpões para a criação de animais, principalmente de espécies bovina e suína.

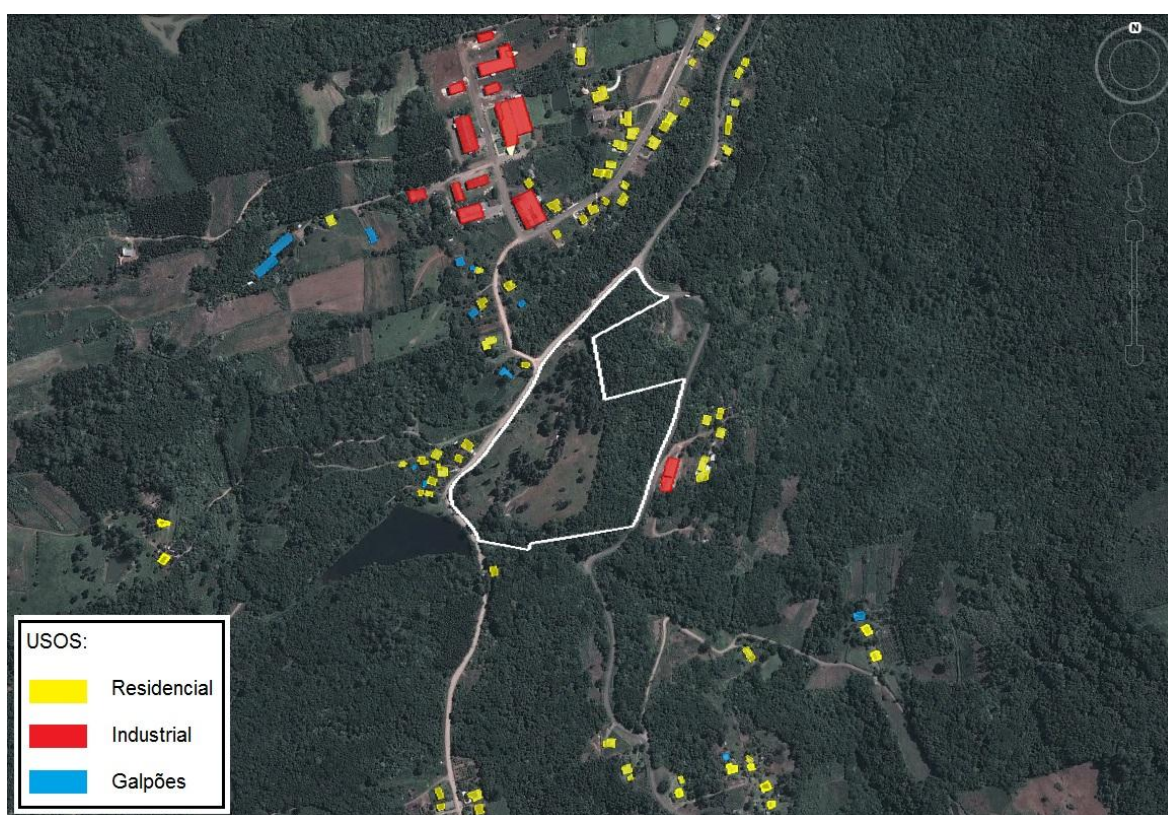


Imagem 19 – Análise das edificações do entorno.
(Fonte: Google Earth, tratada digitalmente pela autora).

A seguir são apresentadas algumas fotos das edificações do entorno ao lote.



Imagem 20 – Residência de alvenaria em estado de conservação regular.
(Fonte: autora, 2012)



Imagem 21 – Residência de alvenaria em estado de conservação bom.
(Fonte: autora, 2012)



Imagem 22 – Cabana inabitada de alvenaria em estado de conservação regular.
(Fonte: autora, 2012)



Imagem 23 – Residência de madeira em estado de conservação regular.
(Fonte: autora, 2012)



Imagem 24 – Indústria as margens da VRS 826.
(Fonte: autora, 2012)



Imagem 25 – Galpão de criação bovina.
(Fonte: autora, 2012)

2.11 Demais análises

Quanto à infraestrutura, o local conta com abastecimento de água potável, energia elétrica domiciliar e pública, não havendo escoamento de água pluvial e rede coletora de esgoto. A rua de acesso ao lote não é pavimentada.

O município não dispõe de plano diretor e nenhuma outra lei que determine a altura máxima e recuos mínimos exigidos, assim como o tipo de edificação permitida a ser construída no local.

Pelo fato de haver um córrego no local, para efeito de projeto será levado em conta a Lei nº 12.651/2012, que estabelece normas gerais sobre proteção da vegetação, áreas de preservação permanente (APP) e as áreas de reserva legal. Segundo Art. 4º, para largura de cursos d'água menores de 10 (dez) metros, deve ser respeitada uma largura marginal mínima de 30 (trinta) metros.

Quanto à mata nativa existente, o Art. 7º da mesma Lei, diz que a vegetação situada em APP deverá ser mantida pelo proprietário da área. Segundo Art. 26, a supressão de vegetação nativa para uso alternativo do solo, tanto para domínio privado ou público, dependerá do cadastramento do imóvel do cadastro ambiental rural (CAR) e de autorização do órgão estadual competente do Sisnama e, de acordo com §3º, no caso de reposição florestal, devem ter prioridade os projetos que contemplem a utilização de espécies nativas do mesmo bioma onde ocorreu a supressão.

3. MÉTODO DE PESQUISA

Foram feitas visitas de campo em duas instituições na cidade de Caxias do Sul, sendo estas o Centro de Tratamento Casa Clara e o Centro de Tratamento Nova Esperança. Trata-se de uma pesquisa descritiva, tendo por objetivo descrever as características dos locais visitados. As duas instituições apresentam uma infraestrutura adequada de acordo com a RDC nº 101, visto que esta era a norma que regia o funcionamento das instituições até a fundação destas.

3.1 Centro de Tratamento Casa Clara

O Centro de Tratamento Casa Clara localiza-se na cidade de Caxias do Sul, na Avenida Rio Branco, nº 11.406, Encruzilhada de Ana Rech. A visita foi realizada no dia 05 de setembro de 2012 no período da manhã, acompanhada pelo Coordenador Psiquiátrico, Senhor Robin Roberto Braga.

A atual sede da Casa Clara é uma residência, adaptada ao centro de tratamento, que teve que se adequar de acordo com a norma RDC nº 101, em vigor no ano de sua fundação. É uma instituição privada, ligada a alguns convênios de saúde.

A Casa Clara constitui uma unidade residencial educacional, que se dedica a desenvolver um programa de tratamento para dependentes químicos e alcoólicos, sob regime de hospedagem assistida ou internação por um determinado período.

O Centro de Tratamento atua através de alguns recursos:

- **Terapia em Grupo:** é aplicada a interação do grupo para o acompanhamento e discussão das variadas palestras, compartilhando os problemas de cada um com o grupo e o estímulo que cada um ajude o próximo.
- **Acompanhamento médico e uso de medicação:** a medicação é acompanhada pelo médico, mas não tem caráter sedativo, não influenciando no desenvolvimento das atividades desenvolvidas no Centro.

Segundo informações colhidas através da entrevista, o Centro atende dependentes do sexo masculino e feminino, tendo capacidade para abrigar 23 residentes, sendo 18 do sexo masculino e 05 do sexo feminino. Atualmente estão em tratamento na Casa Clara 01 mulher e 20 homens, onde, segundo informações administrativas, há uma espera de aproximadamente 07 pessoas pelo tratamento no Centro. Todos os leitos são coletivos, tendo ala separada para os homens e para as mulheres. As atividades são feitas todas em comum, como palestras, esportes, etc., tendo apenas dormitório e banheiro feminino separado dos demais. Como a procura pelo sexo masculino é maior do que o feminino, no momento há mais homens em tratamento.

A instituição dispõe atualmente 13 funcionários que ajudam no bom funcionamento do local, contendo, dentre eles profissionais como psicólogo, médico, assistente social, enfermeira e técnicas de enfermagem (sendo estas com supervisão 24 horas).

Quanto à infraestrutura dispõe de sala de palestras (utilizada também como refeitório), sala de estar com lareira, sala de estudos, dormitórios masculino e feminino, cozinha, lavanderia, enfermaria, biblioteca, piscina, área para atividades físicas, área verde e arborizada, horta, quadra de areia para a prática de esportes, academia, além da área administrativa e sala específica para atendimento a familiares e dependentes que pretende ingressar no Centro para a recuperação.

Em geral, o tratamento dura de 30 à 45 dias para residentes com problemas com alcoolismo e de 45 à 60 dias para as demais drogas. O trabalho do Centro está focado na pessoa do dependente, sendo um trabalho de conscientização e compreensão do problema, buscando a reestruturação do estilo de vida do residente, onde este deve redescobrir o prazer de viver de forma saudável.

A seguir são apresentadas algumas imagens de área internas e externas da instituição:



Imagem 26 - Fachada do Centro de Tratamento
(Fonte: Site Casa Clara, 2012)

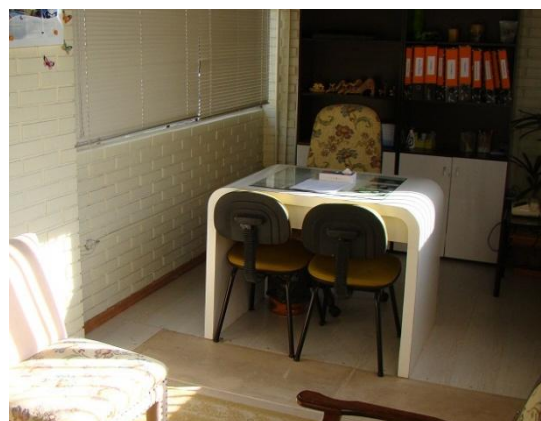


Imagem 27 – Interior da sala de atendimento
(Fonte: autora, 2012)



Imagem 28 – Sala de Estar
(Fonte: Site Casa Clara, 2012)

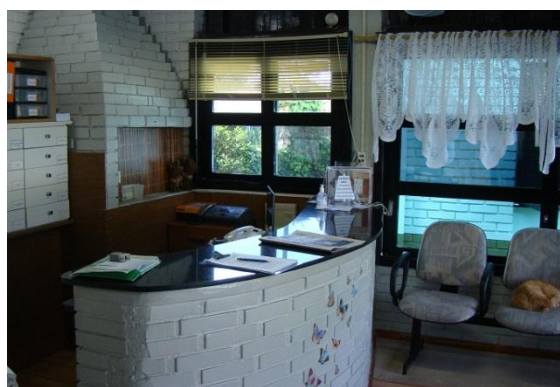


Imagem 29 – Recepção
(Fonte: autora, 2012)



Imagem 30 – Salão utilizado para palestras e refeição
(Fonte: autora, 2012)



Imagem 31 – Sala de estudos
(Fonte: autora, 2012)



Imagem 32 – Dormitório masculino
(Fonte: autora, 2012)



Imagem 33 – Dormitório feminino
(Fonte: autora, 2012)



Imagem 34 – Área externa com vista para o anexo que contém a lavanderia e sala de acesso administrativo (Fonte: autora, 2012)



Imagem 35 – Área externa com quadra de vôlei
(Fonte: autora, 2012)



Imagem 36 – Pátio interno com vista para a residência
(Fonte: autora, 2012)



Imagem 37 – Piscina
(Fonte: autora, 2012)



Imagem 38 – Academia
(Fonte: autora, 2012)



Imagem 39 – Horta
(Fonte: autora, 2012)

O Centro de Tratamento Casa Clara possui uma equipe formada por diversos profissionais que se empenham no adequado tratamento do residente. O terreno em que o centro de tratamento se encontra é pequeno, bem como os ambientes internos, porém, a infraestrutura do local, mesmo adaptada, é bem distribuída e muito organizada. A arquitetura se dá de forma interessante, havendo em alguns espaços pé-direito duplo, zenital para melhor iluminação natural e a residência encontra-se em bom estado de conservação.

O atendimento pelos profissionais do Centro é de excelente qualidade, dispondo-se a esclarecer qualquer dúvida pertinente ao assunto abordado e de pronto atendimento a mostrar toda a infraestrutura do local, o que justifica a grande procura pelo tratamento no Centro.

3.2 Centro de Tratamento Nova Esperança

O Centro de Tratamento Nova Esperança localiza-se também na cidade de Caxias do Sul, na Estrada Municipal do Vinho, nº 2.951, São Marcos da Linha Feijó, Bairro São Caetano. A visita foi realizada no dia 05 de setembro de 2012 no período da tarde, acompanhada pelo coordenador, Senhor Sérgio Pinheiro.

A instituição é um sítio, construído especificamente com o propósito do tratamento de dependentes químicos e alcoólicos. Todas as dependências estão de acordo com a RDC nº 101, que estava em vigor no ano de sua construção,

que, segundo o coordenador, foi cerca de 6 anos atrás. É uma instituição privada, ligada a alguns convênios de saúde. De acordo com folheto cedido pelo Senhor Sérgio Pinheiro (Anexo C e D), o Centro de Tratamento possui uma área de 6 hectares.

O Centro trabalha com adultos de ambos os sexos, com transtornos decorrentes ao uso ou abuso de substâncias psicoativas e outras adicções como por exemplo a compulsividade relacionada a jogos, a alimentação, ao sexo, à compras, etc.

De acordo com informações colhidas através da entrevista, a instituição atua através de recursos como:

- Terapia em Grupo: onde há somente a interação do grupo, dividindo com os demais seus problemas. São realizadas também palestras e vídeos educativos onde estes são posteriormente discutidos em grupo.
- Método dos 12 Passos, sendo este o mesmo utilizado pelos grupos de AA e NA.
- Acompanhamento médico e uso de medicação: a medicação é dada pelo médico e enfermeira, utilizando-se apenas o necessário para a abstinência às drogas.
- Visita de familiares: as visitas dos familiares à instituição são realizadas aos sábados somente. É realizado também um programa de conscientização e compreensão da doença com os próprios familiares, para que estes estejam cientes do problema e assim puderem acompanhar melhor o desenvolvimento do tratamento do residente na instituição.
- Pós-tratamento: após o término do tratamento o residente pode permanecer na instituição por um determinado tempo, participando das atividades rotineiras, sem custo adicional.
- Atividades desenvolvidas: o centro possui uma grade terapêutica que é modificada e reorganizada a cada semana. A Tabela 08 mostra a grade terapêutica das atividades desenvolvidas na semana que foi feita a visita à instituição:

Horário	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
07:30hs	Despertar	Despertar	Despertar	Despertar	Despertar	Despertar	Despertar
08:00hs	Café	Café	Café	Café	Café	Café	Café
	Higiene pess., organiz. dormit.	Higiene pess., organiz. dormit.	Higiene pess., organiz. dormit.	Higiene pess., organiz. dormit.	Higiene pess., organiz. dormit.	Higiene pess., organiz. dormit.	Higiene pess., organiz. dormit.
09:00hs	Ginástica laboral/meditaç.	Ginástica laboral/meditaç.	Ginástica laboral/meditaç.	Ginástica laboral/meditaç.	Ginástica laboral/meditaç.	Sábado familiar	Visita
10:15hs	Grupo terapia gat.	Palestra 10º passo	Grupo terapia gat.	Grupo terapia gat.	Grupo terapia gat.	Sábado familiar	Visita
10:45hs	Grupo terapia gat.	Atividade dirigida	Atividade dirigida	Grupo terapia gat.	Grupo terapia gat.	Sábado familiar	Visita
11:45hs	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Término da visita
12:00hs	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço
13:00hs	LIVRE	LIVRE	LIVRE	LIVRE	LIVRE	LIVRE	LIVRE
14:00hs	Grupo terapia gat.	PRAXI - Horta	Grupo terapia gat.	Palestra comport.	Grupo terapia	H&I AA	LIVRE
15:00hs	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo	LIVRE
15:15hs	Grupo terapia gat.	PRAXI - Horta	PRAXI - Organiz. Casa	Atividade dirigida	PRAXI - Organiz. Casa	LIVRE	LIVRE
16:00hs	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo	LIVRE	LIVRE
16:15hs	Atividade dirigida	Jardinagem	PRAXI - Jardinagem	PRAXI - Horta	PRAXI - Organiz. Casa	LIVRE	LIVRE
17:00hs	LIVRE	LIVRE	PRAXI	LIVRE	LIVRE	Lazer	LIVRE
18:00hs	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar
19:00hs	Atend. Médico Psiquiátrico	-----	-----	-----	-----	-----	-----
20:00hs	TV	TV	TV	TV	TV	TV	TV
21:00hs	Ceia	Ceia	Ceia	Ceia	Ceia	Ceia	Ceia
23:00hs	Silêncio	Silêncio	Silêncio	Silêncio	Silêncio	Silêncio	Silêncio

Tabela 08 – Grade terapêutica da semana de 03/09 à 09/09/2012
(Fonte: Centro de Tratamento Nova Esperança)

O Centro de Tratamento Nova Esperança atende dependentes do sexo masculino e feminino, tendo capacidade para abrigar 30 residentes, porém, segundo o coordenador Sérgio a instituição abriga, no máximo 15 dependentes, sendo este o número adequado para atendimento dos profissionais atualmente vinculados ao Centro. Atualmente estão em recuperação no Nova Esperança 05 homens, todos em tratamento pela dependência química. Dispõe atualmente de 7 funcionários e todos os leitos da instituição são coletivos.

Quanto à infraestrutura dispõe de uma sala de palestras, sala de estar (utilizada para estudos e descanso), 7 suítes, cozinha, refeitório, lavanderia, enfermaria, consultório, quiosque com churrasqueira, área verde e arborizada com um lago, pomar, campo de futebol, horta e área administrativa.

Em geral, o tratamento dura de 30 à 120 dias, dependendo do tipo de tratamento necessário.

A seguir são apresentadas algumas imagens da instituição:



Imagem 40 – Implantação
(Fonte: Google Earth tratada digitalmente pela autora).



Imagem 41 – Vista das 3 edificações do Centro.
(Fonte: Folheto Nova Esperança, 2012)



Imagem 42 – Sala de palestras e discussão em grupo.
(Fonte: autora, 2012)

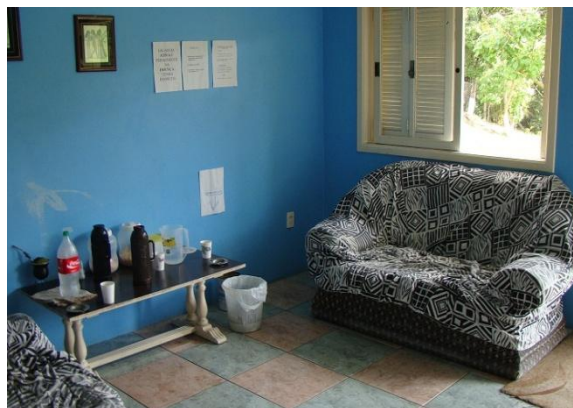


Imagem 43 – Sala de estar
(Fonte: autora, 2012)



Imagem 44 – Enfermaria
(Fonte: autora, 2012)



Imagem 45 – Pátio interno com entrada para os dormitórios
(Fonte: autora, 2012)



Imagem 46 – Área verde, arborizada, com lago.
(Fonte: autora, 2012)



Imagem 47 – Campo de futebol.
(Fonte: autora, 2012)



Imagem 48 – Horta .
(Fonte: autora, 2012)



Imagem 49 – Área administrativa.
(Fonte: autora, 2012)

O Centro de Tratamento Nova Esperança está instalado em uma área relativamente grande, tendo disponível um amplo espaço para atividades de lazer dos residentes, dispondo de campo de futebol, além de conter um quiosque, utilizado como área de descanso e descontração, contendo também um lago, com criação de algumas espécies de aves.

Desta forma, o espaço em que o Centro está inserido é de tamanho adequado, que transmite tranquilidade, visto que é afastado do centro da cidade de Caxias do Sul. As edificações estão em bom estado de conservação e os ambientes internos são de tamanho adequado e de fácil mobilidade. Porém, o tratamento oferecido para o visitante deixa a desejar, o que justifica a pouca procura pelo tratamento no Centro.

4. NORMAS TÉCNICAS

Para o bom e adequado funcionamento do Centro de Recuperação para Dependentes Químicos e Alcoólicos é necessário que os ambientes estejam projetados de forma a atender algumas normas, tais como de acessibilidade, saídas de emergência, sendo as que seguem.

4.1 Acessibilidade

Os ambientes projetados para o Centro de Recuperação serão regidos pela NBR 9050/2004, que trata da acessibilidade em edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Para estes, serão necessárias algumas medidas mínimas exigidas.

Uma pessoa que utiliza cadeira de rodas para a locomoção ocupa uma largura de 0,80m x 1,20m. É através desse módulo de referência que são dadas os tamanhos mínimos de circulação que seguem.

Área de circulação

Na Imagem 50, podemos verificar a largura mínima exigida para deslocamento em linha reta:

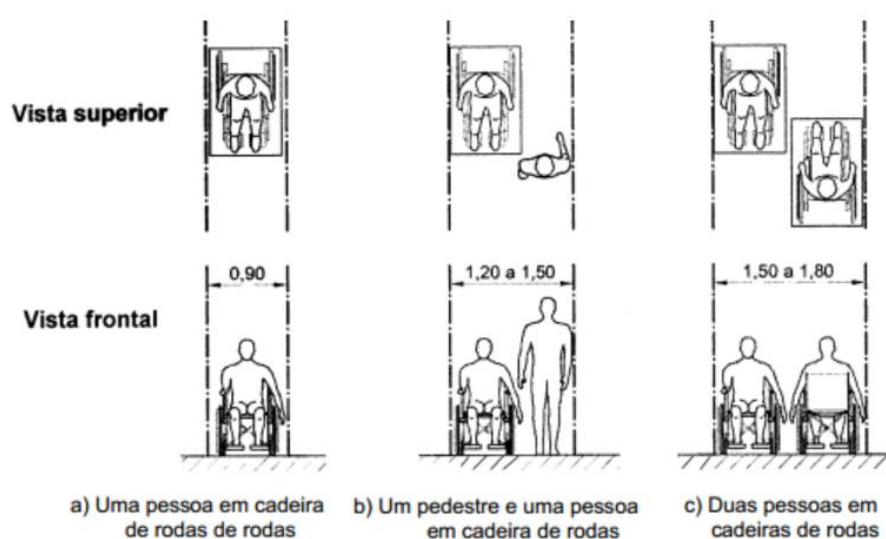


Imagem 50 – Largura para deslocamento em linha reta (Fonte: NBR 9050, 2004)

Rampas

A largura mínima de uma rampa é determinada através do fluxo de pessoas, sendo o mínimo admissível de 1,20m e a mínima recomendada para as rampas em rotas acessíveis de 1,50m.

A inclinação de uma rampa deve ser calculada de acordo com a equação:

$$i = \frac{hx100}{c}$$

Onde:

i = inclinação (porcentagem);

h = altura do desnível;

c = comprimento da projeção horizontal.

Para rampas com inclinação entre 6,25% e 8,33%, devem ser previstas áreas de descanso nos patamares, a cada 50m de percurso. A inclinação transversal não pode ultrapassar 2% em rampas internas e 3% em rampas externas. As rampas, de modo geral, devem ter inclinação de acordo com os limites estabelecidos na Tabela 09:

Inclinação admissível em cada segmento de rampa <i>i</i> %	Desníveis máximos de cada segmento de rampa <i>h</i> m	Número máximo de segmentos de rampa
5,00 (1:20)	1,50	Sem limite
5,00 (1:20) < <i>i</i> ≤ 6,25 (1:16)	1,00	Sem limite
6,25 (1:16) < <i>i</i> ≤ 8,33 (1:12)	0,80	15

Tabela 09 – Dimensionamento de rampas (Fonte: NBR 9050, 2004)

Quanto aos patamares das rampas, devem ser previstos com dimensão longitudinal mínima recomendável de 1,50m, onde o mínimo admissível é de 1,20m.

Circulação interna

Corredores:

Assim como as rampas, os corredores também devem ser dimensionados de acordo com o fluxo de pessoas. As larguras mínimas exigidas são:

- 0,90m – uso comum com extensão até 4,00m;

- b) 1,20m – uso comum com extensão até 10,00m;
- c) 1,50m – uso comum com extensão superior à 10,00m e de uso público;
- d) <1,50m – grandes fluxos de pessoas.

Portas:

As portas, inclusive dos elevadores, devem ter um vão mínimo de 0,80m e uma altura mínima de 2,10m. Em portas com duas ou mais folhas, uma delas deve ter um vão livre de no mínimo de 0,80m.

Circulação externa

A inclinação transversal das calçadas, passeios e vias exclusivas de pedestres não deve ser superior a 3%, sendo que as que contem inclinação superior a 8,33% não podem compor rotas acessíveis.

As faixas livres não devem conter nenhuma interferência. Obstáculos aéreos devem estar localizados a uma altura superior a 2,10m.

Locais de hospedagem

Pelo menos 5%, com no mínimo um do total de dormitórios com sanitário devem ser acessíveis. Recomenda-se que outros 10% do total de dormitórios sejam acessíveis.

Conforme Imagem 51, deve haver pelo menos uma área com diâmetro de no mínimo 1,50m.

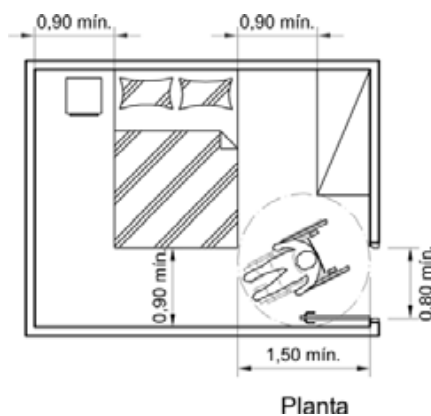


Imagem 51 – Circulação mínima em dormitórios.
(Fonte: NBR 9050, 2004)

4.2 Saídas de emergência

As saídas de emergência são regidas pela NBR 9077/2001, que fixa as condições exigíveis que as edificações devem possuir para que a população possa abandoná-las, em caso de incêndio, completamente protegida em sua integridade física, permitindo o fácil acesso de auxílio externo para o combate ao fogo e a retirada da população.

As saídas de emergência são dimensionadas em função da população da edificação. Os centros de recuperação encaixam-se no grupo H, segundo Tabela 10, apresentada abaixo:

Grupo	Ocupação/Usos	Divisão	Descrição	Exemplos
H	Serviços de saúde e institucionais	H-2	Locais onde pessoas requerem cuidados especiais por limitações físicas ou mentais	Asilos, orfanatos, abrigos geriátricos, reformatórios sem celas e outros.

Tabela 10 – Classificação das edificações quanto à sua ocupação
(Fonte: NBR 9050, 2004)

A população de cada pavimento é calculada de acordo com os coeficientes da Tabela 11.

População	Capacidade de U. de passagem		
	Acessos e descargas	Escadas e rampas	Portas
Duas pessoas por dormitório e uma pessoa por 4m ² de área de alojamento	30	22	30

Tabela 11 – Dados para dimensionamento das saídas.
(Fonte: NBR 9050, 2004)

A largura das saídas de emergência deve ser dimensionada de acordo com o número de pessoas que por elas deva transitar, levando em consideração o número de pavimentos da edificação, sendo que as escadas, rampas e descargas são dimensionadas em função do pavimento de maior população. A largura das saídas é dada pela seguinte fórmula:

$$N = \frac{P}{C}$$

Onde:

N = número de unidades de passagem;

P = população;

c = capacidade da unidade de passagem.

As larguras mínimas a serem adotadas nas saídas de emergência são:

- 1,10m, correspondente a duas unidades de passagem;
- 2,20m, para permitir a passagem de macas, camas e outros.

Os acessos devem:

- Permanecer desobstruídos em todos os pavimentos;
- Permitir o escoamento fácil de todos os ocupantes do prédio;
- Ter largura mínima de acordo com o que foi descrito acima;
- Ter pé-direito mínimo de 2,50m;
- Ser sinalizados e iluminados com indicação clara do sentido da saída.

Rampas

Para a união de dois pavimentos de diferentes níveis as rampas são obrigatórias no grupo H, na divisão H-2. Assim como nos acessos, as rampas devem ser dimensionadas de acordo com a largura mínima exigida. Os patamares devem ser sempre em nível, tendo um comprimento mínimo de 1,10m e o piso ser sempre antiderrapante.

Quanto a declividade máxima, as rampas da edificação devem ser de no máximo 10% (tanto internas ou externas à edificação).

Escadas

Os pavimentos sem saídas em nível para o exterior à edificação devem conter escadas, enclausuradas ou não, sendo que devem:

- Quando enclausuradas, ser construídas com material incombustível;
- Quando não enclausuradas além de incombustível, oferecer nos elementos estruturais resistência ao fogo de no mínimo 2 horas;
- Ser dotadas de corrimãos;
- Ter os pisos dos degraus e patamares revestidos com material resistentes a propagação de chama.

No Centro de Recuperação de dependentes químicos e alcoólicos que será projetado, pretende-se ter edificações que variem entre um e dois pavimentos apenas, para que este não de destaque do entorno próximo construído, fazendo com que haja uma maior harmonia entre as construções já existentes e a natureza.

Desta forma, serão projetadas escadas e rampas para melhor mobilidade dos que lá permanecerão, respeitando-se as normativas e tomando o devido cuidado quanto as saídas de emergência.

5. ANÁLISE DE REFERENCIAIS

Os referenciais são de extrema importância para a elaboração de um projeto. Desta forma, procurou-se locais, formas de edificações e materiais utilizados nas construções, para que estes sirvam de base para o desenvolvimento do projeto.

5.1 Referenciais análogos

Os projetos abaixo apresentados são localizados nos Estados Unidos e pertencem a uma mesma rede, a Hazelden. Uma das unidades apresentadas localiza-se no Estado de Minnessota que trata de jovens adultos e adolescentes e outra unidade está localizada no Estado de Oregon. Será apresentado também o projeto de um centro terapêutico para dependentes químicos e alcoólicos elaborado para a cidade de Sapiranga, no estado do Rio Grande do Sul.

5.1.1 Centro de Recuperação Hazelden – Unidade de adolescentes e jovens adultos

O Centro de Recuperação está localizado no interior da cidade de Minneapolis, Estado de Minnesota, Estados Unidos. É uma unidade de tratamento para jovens adultos e adolescentes (HAZELDEN, 2012a).

A unidade foi fundada em 1981, tendo uma área de 15 hectares bem arborizados, sendo um local próprio para iniciar a jornada de recuperação. A filosofia desta é de tratar cada pessoa que os procura para tratamento com respeito e dignidade, oferecendo um local seguro e confortável para se curar. O tempo de tratamento varia de acordo com as necessidades clínicas do paciente.

O local oferece também programas para a família, sendo que o tratamento se torna mais eficaz quando a família participa do tratamento do dependente.

Além dos serviços disponíveis dentro da unidade, tais como, palestras, terapia de grupo, meditação, há atividades desenvolvidas fora do local, como o

boliche, visita a museus, viagens, filmes, sendo que tudo isto permite com que os jovens aprendam a se divertir sem o uso de substâncias químicas (HAZELDEN, 2012a).

Segundo imagem aérea captada do Centro de Recuperação, a área em que este está inserida é relativamente grande e bastante arborizada, contando com um estacionamento amplo, cancha poliesportiva para atividades físicas, circulações em meio às árvores, além de poder ser identificado os locais que contém pátios internos na edificação.



Imagem 52 – Vista aérea do Centro de Recuperação de Minneapolis, EUA.
(Fonte: Google Earth, tratada digitalmente pela autora).

De acordo com imagens disponíveis do centro, podemos verificar alguns itens importantes na formação do projeto. Além da edificação, onde não é possível identificar a disposição dos ambientes internos, pode-se ver onde se dá o acesso de veículos, as circulações externas, onde é o acesso de pedestres, a localização da cancha poliesportiva, dos espaços de descanso e de pátios internos da edificação.



Imagem 53 – Espaço de descanso ao ar livre.
(Fonte: Hazelden, Plymouth, MN, 2012)



Imagem 54 – Espaço interno com arborização.
(Fonte: Hazelden, Plymouth, MN, 2012)



Imagem 55 – Espaço de palestras.
(Fonte: Hazelden, Plymouth, MN, 2012)

5.1.2 Oregon Centro de Tratamento da Toxicodependência

A unidade está localizada na cidade de Newberg, no Estado de Oregon, nos Estados Unidos. Atende adultos com idade maior de 18 anos, do sexo masculino e feminino (HAZELDEN, 2012b).

Foi fundada em 1990, tendo uma área de 9 hectares que oferecem um ambiente tranquilo de campo, promovendo uma atmosfera de respeito, serenidade e de apoio.

Além de tratar a dependência química, ajuda no tratamento da dependência cultural (assim denominado no site de pesquisa), através dos Doze Passos para identificados lésbicas, gays, bi-sexuais e transgêneros. Assim, em um ambiente em grupo, podem tratar de questões como a sensibilidade cultural e estresse social (HAZELDEN, 2012b).

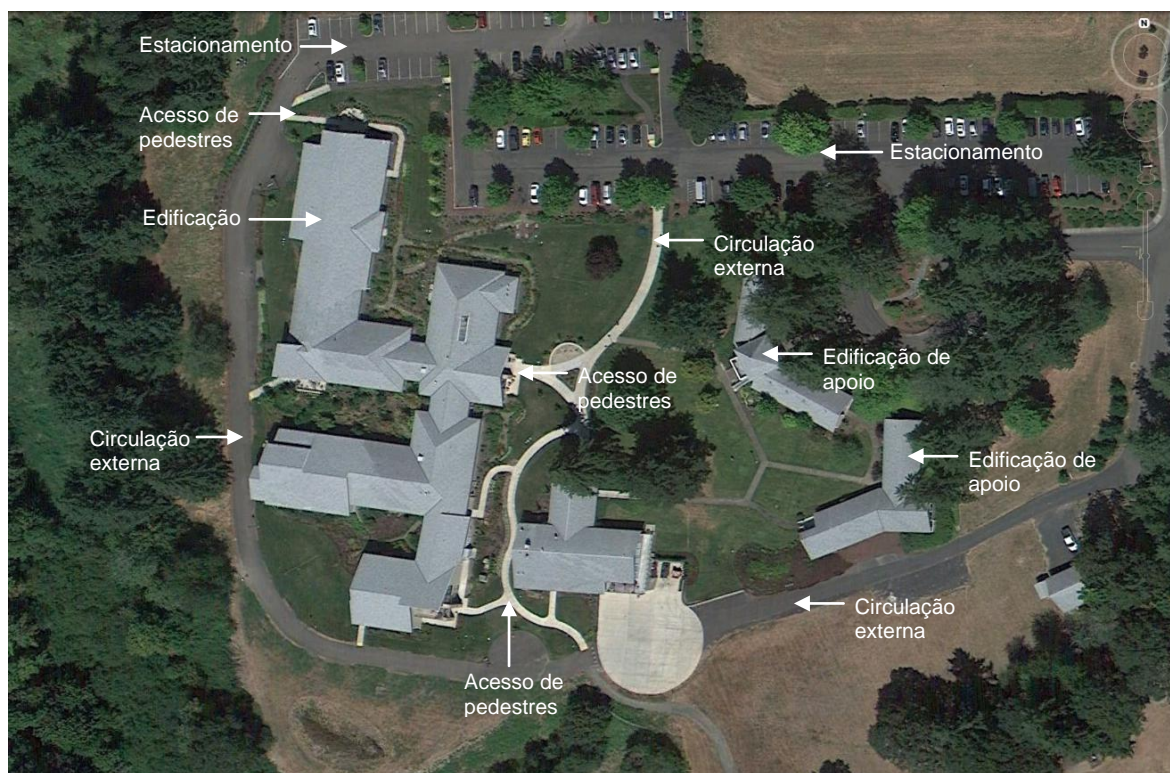


Imagem 56 – Vista aérea do Centro de Tratamento da Toxicodependência Oregon, EUA.
(Fonte: Google Earth, tratada digitalmente pela autora)

Na Imagem 56 pode-se verificar que a edificação do Centro de Tratamento é extremamente grande, contendo algumas edificações localizadas no entorno próximo que possivelmente servem de apoio ao Centro, já que estas estão

interligadas através de caminhos externos. A arborização também está bastante presente no entorno, onde, aparentemente é um lugar extremamente tranquilo.



Imagem 57 – Fachada da unidade.
(Fonte: Hazelden - Newberg, Oregon, 2012)

A fachada da unidade é tratada com materiais diversos, como pedras e bastante vidro, dando aos ambientes uma melhor iluminação natural.



Imagem 58 – Área de estar e refeições.
(Fonte: Hazelden - Newberg, Oregon, 2012)

Como pode-se notar na Imagem 58, a área de estar contém bastante iluminação natural, sendo a construção feita com grande panos de vidro, tornando o ambiente muito agradável.



Imagem 59 – Dormitórios.
(Fonte: Hazelden - Newberg, Oregon, 2012)

Na Imagem 59 podemos verificar que os dormitórios são relativamente grandes, contendo, além das camas, espaços de estudo e um banheiro.

5.1.3 Centro Terapêutico para dependentes químicos e alcoólicos

O projeto que segue é da agora arquiteta Márcia Wingert, elaborado no ano de 2006 para a cidade de Sapiranga, como requisito para obtenção do Grau de Bacharel do Curso de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Feevale.

O Centro Terapêutico projetado é dividido em três setores principais, sendo estes:

- Setor de Tratamento, não havendo o acesso da sociedade e conta com a administração, serviços e hospedagem;
- Setor de Prevenção, que é separado do espaço público-privado através de uma densa vegetação, localizado próximo ao restaurante;
- Setor de Reinserção Social, composto pelo restaurante, onde o residente volta a ter contato com a sociedade através do trabalho.

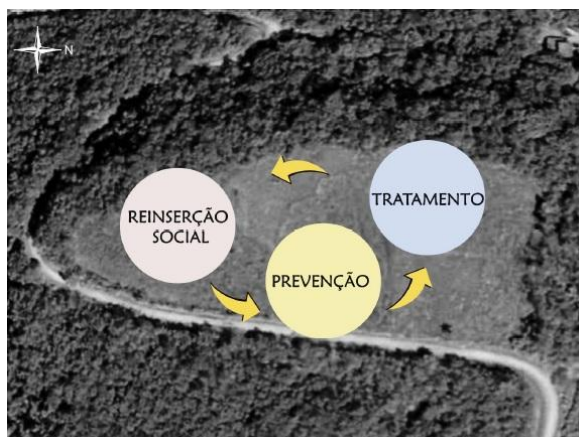


Imagem 60 – Diagrama dos três setores principais.
(Fonte: Arquivo PDF, Márcia Wingert, 2006)

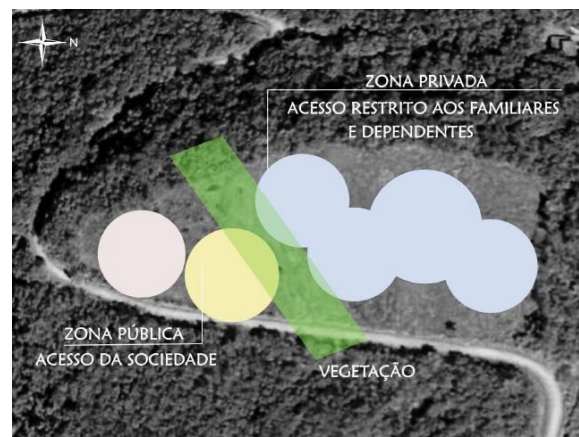


Imagem 61 – Limitação entre espaço público e privado.
(Fonte: Arquivo PDF, Márcia Wingert, 2006)

Na Imagem 62 podemos ver que a implantação do projeto se dá de forma muito interessante, separando cada setor de acordo com o grau de tratamento em que se encontra o residente.

O projeto contém uma área total de 3.805,05m², dividido entre os setores de reinserção social, prevenção, administrativo, serviços, tratamento e hospedagem.



Imagem 62 – Planta Baixa do pavimento térreo.
(Fonte: Arquivo PDF, Márcia Wingert, 2006)

A Imagem 63 mostra o pavimento subsolo em que se dá o acesso de veículos e de pedestres ao setor de prevenção, onde estão dispostos o estacionamento, os sanitários públicos, auditório, salas de orientação familiar,

guarita, etc., além de haver o acesso ao setor de reinserção social, localizado no pavimento térreo deste mesmo bloco.



Imagem 63 – Setor de prevenção (subsolo).
(Fonte: Arquivo PDF, Márcia Wingert, 2006)

O setor de reinserção social (pavimento térreo), mostrado na Imagem 64, é o setor em que a comunidade em geral possui acesso. Neste se dá o restaurante, em que o residente em fase final de recuperação tem o contato com o trabalho, participando na elaboração dos pratos servidos utilizando-se as frutas, verduras e legumes colhidos no próprio centro terapêutico.

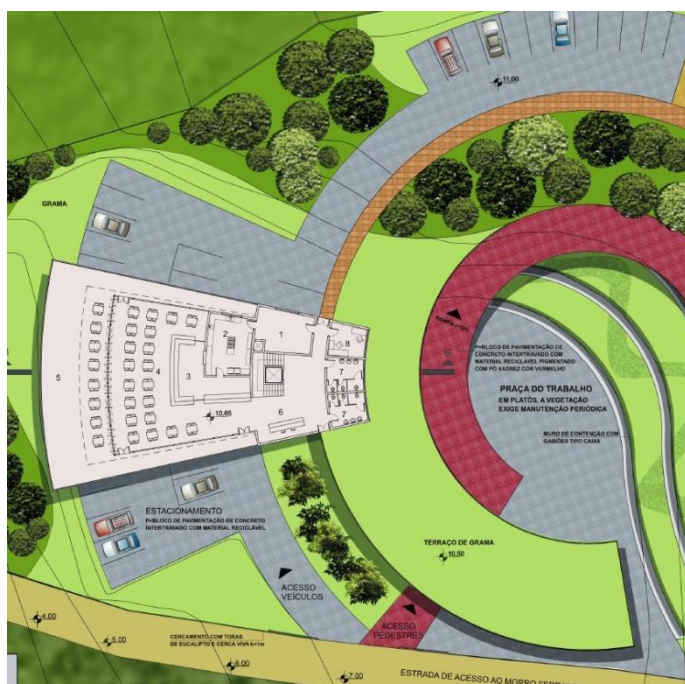


Imagem 64 – Setor de reinserção social (pavimento térreo)
(Fonte: Arquivo PDF, Márcia Wingert, 2006)

Na Imagem 65 estão localizados o setor administrativo (verde claro), contendo sala do diretor, arquivo, sala de reuniões, etc., assim como o setor de serviços (amarelo) que contém lavanderia, depósito de materiais de limpeza, depósito de alimentos, cozinha, refeitório, etc. Nas proximidades destes setores, podemos encontrar vários pergolados que servem de descanso para os residentes e também um açude e a horta, onde são cultivados os alimentos posteriormente utilizados no restaurante.



Imagem 65 – Setor administrativo e setor de prevenção
(Fonte: Arquivo PDF, Márcia Wingert, 2006)

O setor de tratamento e o de hospedagem podem ser vistos na Imagem 66, onde o de tratamento possui salas de atividades diversificadas para os residentes, tais como oficinas de informática, de artesanato, marcenaria, academia, possuindo uma biblioteca, além de conter salas de atendimento individual e coletivo e também uma capela, sendo esta localizada no pavimento subsolo).

No setor de hospedagem encontram-se todos os dormitórios da instituição, sendo estes compostos por seis camas em cada, contendo também um banheiro para cada unidade.

De acordo com a RDC nº 101, em vigor no momento da execução do projeto, era permitido haver no máximo seis camas por dormitório e obrigatório um banheiro para cada dormitório.

Nas proximidades dos dormitórios encontra-se uma cancha poliesportiva, e no encontro do raio em que forma a disposição dos dormitórios e do setor de tratamento encontra-se a praça da espiritualidade e no pavimento subsolo, a capela.

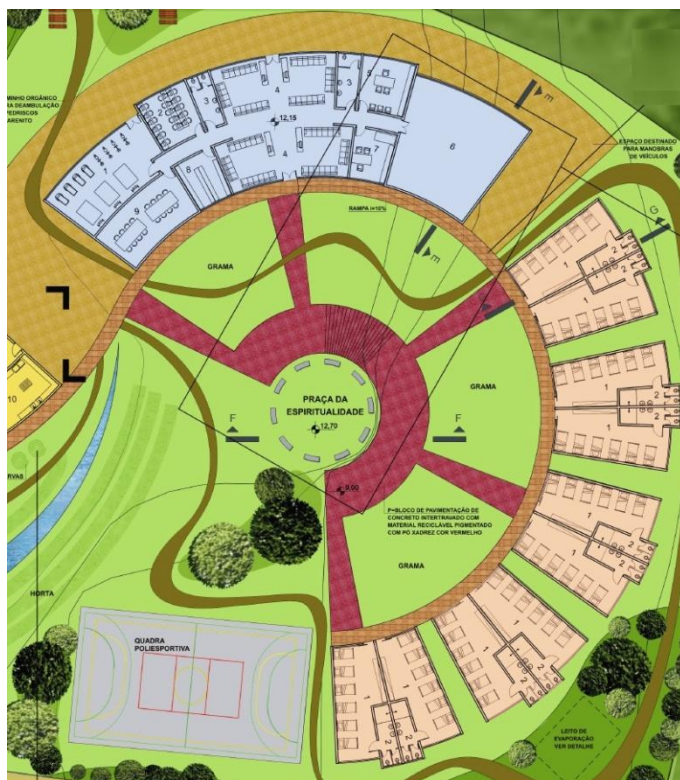


Imagem 66 – Setor de tratamento e hospedagem.
(Fonte: Arquivo PDF, Márcia Wingert, 2006)

A arquitetura do projeto é muito interessante, onde a implantação é dada através do projeto de linhas curvas, fazendo com que os diversos setores do projeto sejam dispostos ao longo destas. É trabalhada também a questão da centralidade, onde são encontrados setores como a espiritualidade e da disciplina, elementos essenciais para um tratamento eficaz. Outro elemento importante, presente no projeto, é a reinserção social, sendo que neste foi utilizado um restaurante, para que o residente, em fase final de tratamento, possa manter o contato com a sociedade e ingressar mais facilmente no mercado de trabalho após recuperado.

5.2 Referenciais formais

Quanto às referências formais, são apresentadas duas residências, as quais chamam atenção alguns elementos nestas utilizadas. São estas a Villa Hendrikx, de Almere e a Carmel residence, da cidade de Carmelo, EUA, contendo informações quanto a tipos de materiais pretendidos para a elaboração do projeto do Centro de Recuperação. Posteriormente serão apresentados dois projetos de hotéis feitos para concursos, onde procurou-se associar a topografia e disposição dos ambientes projetados.

5.2.1 Villa Hendrikx

A Villa Hendrikx está localizada em Almere, na Holanda e foi projetada pelo escritório 70F Arquitetura. A construção foi concluída em 2009, possuindo os espaços de uso comum no primeiro pavimento e os de dormir no segundo pavimento (HOME DSGN, 2012).

A residência está dividida em três partes: um bloco com dois andares, entrada principal de frente para o jardim da frente, um pátio com corredor de ligação com uma área aberta no centro, e a área de estar em um volume de um andar (HOME DSGN, 2012).

É feita com alvenaria branco-amarelada, misturada com esquadrias de mogno, com a utilização de bastante vidro.



Imagem 67 – Acesso frontal da residência – Elemento robusto
(Fonte: Home DSGN, 2012)



Imagem 68 – Vista dos fundos do lote – grandes rasgos.
(Fonte: Home DSGN, 2012)



Imagem 69 – Conexão entre os dois volumes principais – bastante iluminação através do uso de vidro. (Fonte: Home DSGN, 2012).



Imagem 70 – Vista lateral do bloco com um pavimento – iluminação natural.
(Fonte: Home DSGN, 2012)

A escolha dessa referência se deu pela disposição diferente de volumes e também pelos materiais nela utilizados para a construção, como alvenaria mais rústica a mostra, grandes panos de vidro, dando uma cara mais contemporânea à edificação.

5.2.2 Carmel Residence

A residência está localizada na cidade de Carmelo, EUA, sendo projetada pelo escritório Dirk Denison Architects (ARCHIDAILY, 2012a).

A casa foi concebida como uma grande sala central, formado pelo pátio, sala de estar e dormitório, onde se uniram a esse o nicho da cozinha, copa, escritório e banheiro principal. A residência permite a entrada de luz abundante e de ar através do espaço central. Por estar localizada a beira do Pacífico, a casa é protegida dos ventos fortes por um telhado de vidro, permitindo uma visão clara para cima e mantendo o espaço central quente (ARCHIDAILY, 2012a).



Imagem 71 – Fachada da residência – utilização de madeira e vidro.
(Fonte: Archdaily, 2012a)



Imagem 72 – Sala de estar – conforto e tranquilidade.
(Fonte: Archdaily, 2012a)

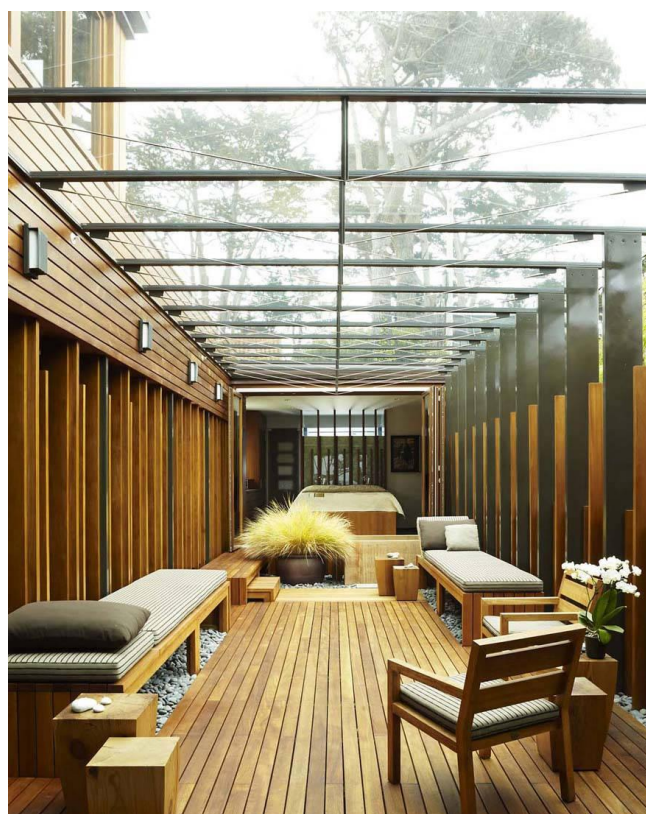


Imagem 73 – Pátio da residência – iluminação natural, materiais diversificados, paz e tranquilidade. (Fonte: Archdaily, 2012a).

Neste, os espaços internos são muito bem iluminados, não só pelas grandes aberturas, mas em um espaço em que o teto entra como elemento principal de iluminação. Os espaços são bastante ventilados também, e a

residência é construída através da combinação de materiais diferentes, como madeira, vidro e metal.

5.2.3 Concurso Projeto Aliah

O projeto apresentado é do escritório Oficina Coletiva Arquitetos, formado pelos arquitetos Antônio Júnior e Bruno Wilson. Ficou em 2º lugar em uma premiação ocorrida para um concurso de hotel para a cidade de Campinas, São Paulo, em 2012. Este seria implantado na região metropolitana de Campinas, para a Copa do Mundo de Futebol e Olimpíadas, perto a grandes rodovias e dos principais aeroportos do estado. A topografia local é bastante irregular, mas procurou-se respeitar a geografia existente (ARCHIDAILY, 2012b).

Os materiais descritos para o projeto contam com uma estrutura metálica, fechamentos em vidros com película reflexiva e transparente, steel frame e placas cimentícias com isolantes acústicos e térmicos e as fachadas revestidas com pedras da região (ARCHIDAILY, 2012b).

Além de conter todos os ambientes que um hotel necessita, conta também com um complexo esportivo, havendo quadra de vôlei, futebol e de tênis.

O terreno escolhido para o projeto do Centro de Recuperação de dependentes químicos e alcoólicos contém bastante desnível. Desta forma, procurou-se alguma referência que apresentasse uma topografia relativamente irregular, para verificar de que maneira foi solucionado o problema da geografia natural apresentada. O projeto do hotel apresentado contém cerca de 40 metros de desnível, assemelhando-se ao terreno que se pretende fazer o projeto do centro de recuperação.



Imagem 74 – Perspectiva da implantação do projeto.
(Fonte: Archdaily, 2012b)

Soluções inteligentes com o trabalho da topografia local, deixam o projeto mais interessante, utilizando os pavimentos para vencer o alto desnível e criando circulações externas utilizadas por veículos e pedestres para conhecer todo o percurso disponível.



Imagem 75 – Perspectiva.
(Fonte: Archdaily, 2012b)

O projeto visa a privilegiar as visuais, visto que a implantação das edificações se dá na parte mais alta do terreno, como pode ser visto nas Imagens 74 e 75.



Imagem 76 – Implantação do projeto.
(Fonte: Archdaily, 2012b)

5.2.4 Concurso Hotel Cosega

O projeto que segue é dos profissionais Fabricio Contreras Ansbergs, Juan Ignacio Rossi, Martin Hong, Axel Ibarroule, Hernán Grinszpun, Kieran Randall e Jorge Baez Moore, apresentado em um concurso em novembro de 2008, para um Hotel no município de General Acha, da província de La Pampa, na Argentina.

O lote possui área de 8.500m², sendo que a edificação é de 2.600m². A disposição dos ambientes se dá de forma muito organizada, onde, de um lado encontra-se a área privada e concentrando em outro a área pública (EUROPA CONCORSI, 2012).

Este projeto será analisado principalmente pela disposição dos ambientes em planta, não pela sua arquitetura, materiais, sistema construtivo ou elementos nela utilizadas na sua construção.

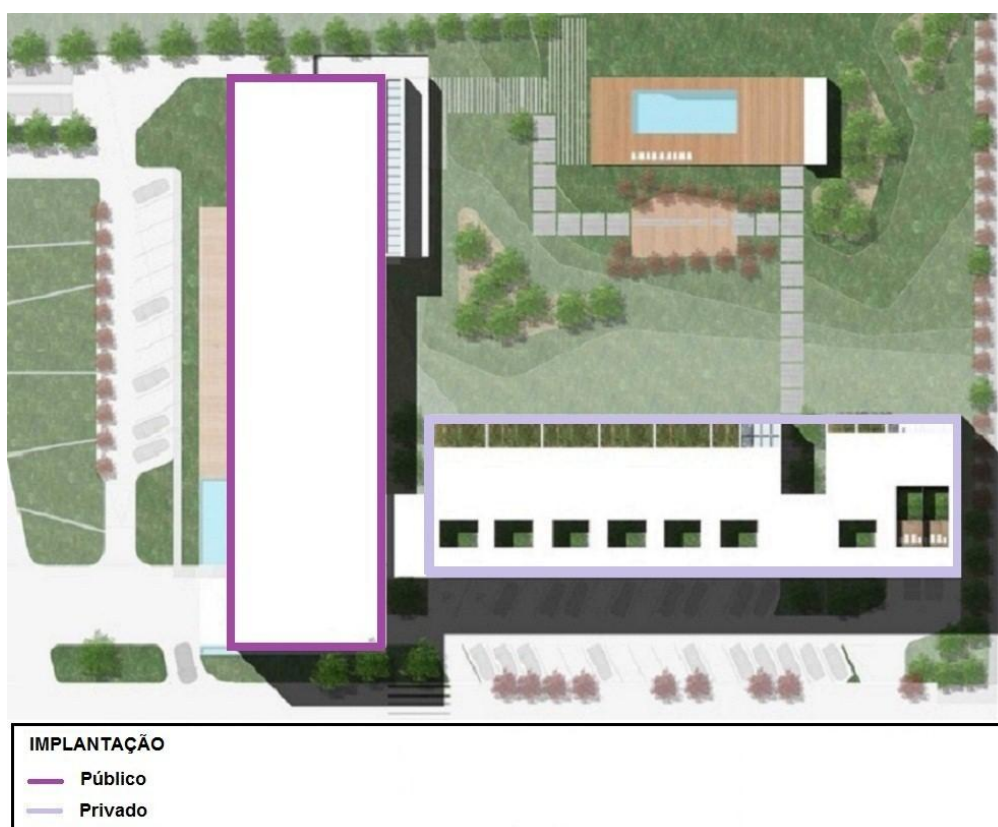


Imagem 77 – Implantação com marcação do bloco de uso público e privado.
(Fonte: Europaconcorsi, 2012 – tratada digitalmente pela autora).

No bloco privado encontram-se os dormitórios, estes dispostos de forma linear e no bloco público, se dá a recepção e demais espaços de uso público.

Na Imagem 78, apresentada a seguir, pode ser observado que o estacionamento se dá para os dois blocos. Presente no bloco público, está uma ampla área destinada ao restaurante, seguido da área administrativa, esta com acesso independente dos demais ambientes. Nas proximidades, encontram-se banheiros e sanitários, que dão suporte ao spa e academia. No bloco privado encontram-se os dormitórios, todos com banheiro para cada e também são dispostas escadas de acesso ao pavimento superior.

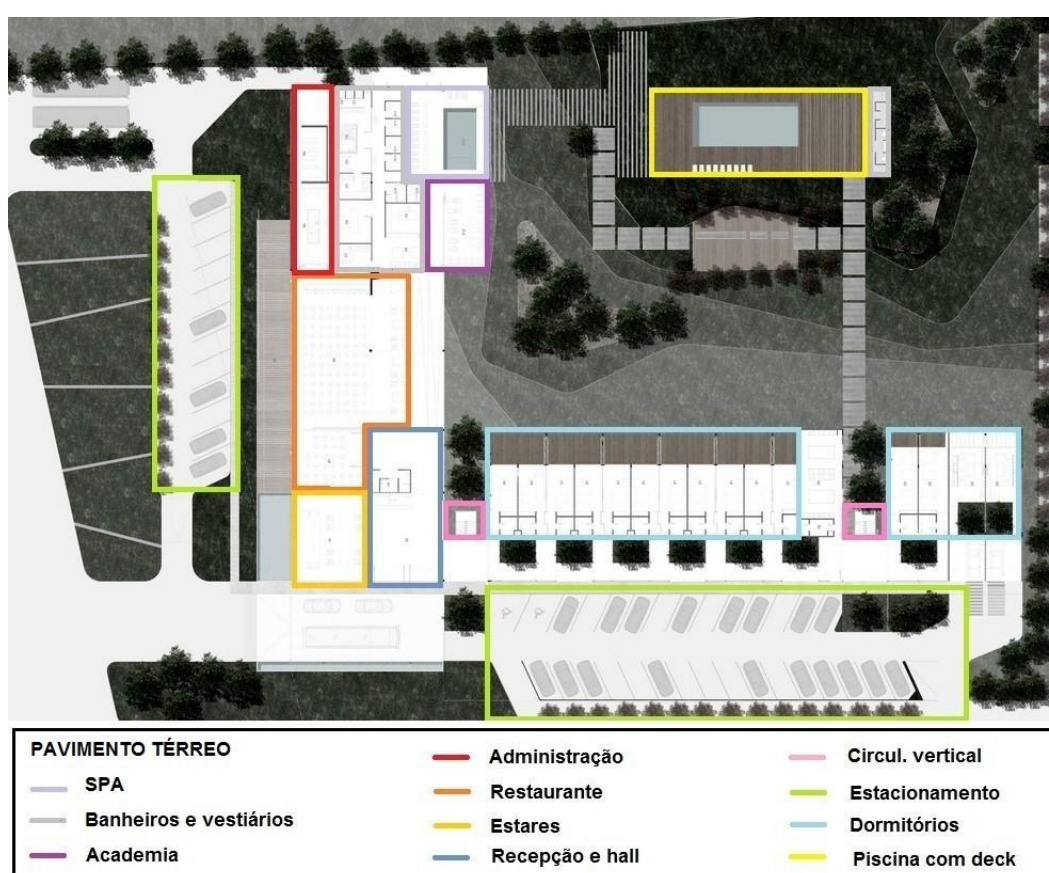


Imagem 78 – Planta baixa do pavimento térreo do Hotel.
(Fonte: Europaconcorsi, 2012 – tratada digitalmente pela autora).

Os dois blocos formam um “L” de forma que no miolo destes encontra-se uma piscina e banheiros que dão suporte a esta área. Um amplo gramado com arborização traz mais tranquilidade a este espaço disposto ao ar livre.

Observando-se a Imagem 79, no primeiro pavimento do hotel, com acesso pelas escadas, se dá aos dormitórios, dispostos no mesmo alinhamento do pavimento inferior. No bloco de uso público, se dá a administração, bem como

alguns poucos estares. Encontra-se também nesse bloco o auditório, com banheiros e demais ambientes de serviço. Este bloco não é totalmente ocupado, como se dá no pavimento inferior, se dando, em alguns pontos, mezaninos.

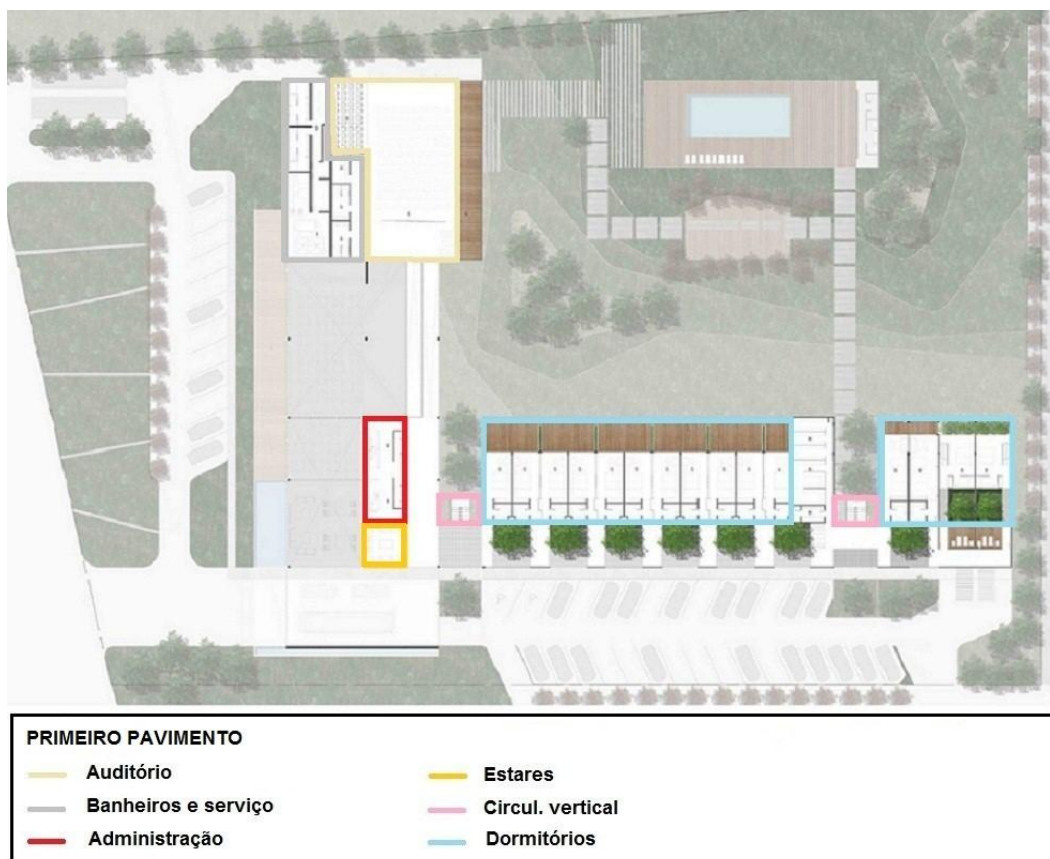


Imagem 79 – Primeiro pavimento do hotel.
(Fonte: Europa concorsi, 2012 – tratada digitalmente pela autora).

Desta forma, analisando os referenciais apresentados, procurou-se identificar nestes os materiais utilizados, verificando itens como iluminação, ventilação, planta baixa e disposição dos ambientes nesta e ocupação da edificação no lote.

6. ANÁLISE DE ITENS E ELEMENTOS ESPECIAIS

Serão analisados e estudados alguns elementos e tecnologias complementares para garantir o conforto e melhor tratamento no Centro de Recuperação projetado.

6.1 Estruturas

A estrutura das edificações se dará de acordo com a inclinação do terreno escolhido para a proposta. Para dar sustentação às edificações projetadas poderão ser utilizados pilares e vigas em concreto, bem como metálicas.

6.2 Revestimento de fachadas

Nas fachadas podem ser utilizados materiais como madeira, alvenaria cerâmica ou de concreto, pedras e vidro. A madeira dá maior leveza à edificação, contrastando com o uso de concreto ou pedra, sendo que estes tornam o projeto mais rígido. O vidro é utilizado para que haja pouca iluminação artificial, aproveitando-se a luz solar para iluminar os ambientes internos e também para dar transparência e uma visão mais ampla do entorno e do interior da edificação.

Desta forma, com a utilização de concreto, madeira e vidro nas edificações, faz com que estas se tornem elementos mais modernos e que mantenham o contato com o exterior, sendo este bastante arborizado.

Como pode ser observado na Imagem 51, apresentada abaixo, o concreto é utilizado como estrutura da edificação, com elementos horizontais e verticais, sendo que no restante da edificação é utilizada a madeira e o vidro.



Imagem 80 – Exemplo de fachada com a utilização de concreto, madeira e vidro.
(Fonte: Archdaily, 2012c)

6.3 Paisagismo

Para que se torne um ambiente agradável de convívio, pretende-se utilizar arborização diversificada em vários pontos do terreno onde será projetado o Centro de Recuperação, o que transmite bastante tranquilidade para os residentes, visto que a principal intenção de projeto é exatamente esta. Além disto, serão propostos estares, com deck e pergolados.



Imagem 81 – Pergolado.
(Fonte: Betonart, 2012)

6.4 Sustentabilidade

Segundo Santucci (2007), “para ser sustentável, qualquer empreendimento humano deve ser ecologicamente correto, economicamente viável, socialmente justo e culturalmente aceito”. De acordo com Sattler (apud SANTUCCI, 2007, p. 16):

O maior desafio é da mudança da cultura que hoje prevalece. Precisamos nos conscientizar que, para ter uma sociedade global sustentável, precisamos mudar os nossos hábitos: poluir menos, consumir somente o que for ecologicamente correto; enfim, refletir, antes de optar pelo consumo se efetivamente necessitamos de um produto ou serviço; recusar adquirir aquilo que puder comprometer o futuro de nossos descendentes; reduzir o consumo de bens; reutilizar, sempre que possível; aumentar a vida útil dos produtos através da reciclagem.

Para tanto, os profissionais da área de engenharia civil e arquitetura precisam projetar zelando a natureza, assimilando o que é a sustentabilidade e o que são as práticas sustentáveis para ai sim colocar a sustentabilidade em prática.

6.4.1 Coberturas

A utilização de cobertura verde nas edificações é tratada como um item de sustentabilidade. Desta forma, para a cobertura do Centro de Recuperação, pretende-se trabalhar com laje de concreto em alguns pontos, e outros utilizar a cobertura verde, sendo que estas podem, ou não ter acesso e serem utilizadas como terraço.

Segundo Heneine (2008), as coberturas comuns absorvem muito mais radiação do que as coberturas verdes. Além disto, a cobertura vegetal contribui com o isolamento térmico, acústico e o controle do escoamento da água de chuva. Assim, este efeito isolador da cobertura, reduz o aquecimento, reduz o uso de condicionantes de ar, diminuindo o gasto energético.



Imagem 82 – Exemplo de cobertura verde transitável.
(Fonte: Plataforma arquitetura, 2012)

6.4.2 Captação da água da chuva

No projeto pretende-se também utilizar a captação da água da chuva, onde esta, após dirigida a um filtro autolimpante é levada a uma cisterna ou tanque subterrâneo para posterior utilização tal como descarga em vasos sanitários, lavagem de pisos, quintais, rega de horta e jardins, não sendo utilizada para consumo humano (ECOCASA, 2012).

É uma excelente alternativa para o reaproveitamento de um manancial que está diretamente disponível, mas que muitas vezes não é aproveitado. Traz também outras vantagens como a economia, mesmo que a longo prazo, visto que o investimento inicial para a captação e reaproveitamento desta possa ser um pouco elevado através de compra de elementos e materiais para a instalação, mas, que se torna cada vez mais importante, sendo que a água é um bem finito, torando-se cada dia mais escasso.

7. PROPOSTA DO PROJETO

O projeto do Centro de Recuperação para dependentes químicos e alcoólicos que será implantado no município de Alto Feliz, estado do Rio Grande do Sul, será voltado ao atendimento de ambos os sexos, onde mesmo sendo a procura pelo tratamento masculino maior, há poucos estabelecimentos especializados na recuperação feminina, o que faz com que muitas mulheres desistam do tratamento, continuando a consumir as substâncias psicoativas.

O Centro será implantado em meio à natureza, procurando transmitir ao residente uma maior tranquilidade, através de um ambiente acolhedor, e com um adequado programa de tratamento que visa a recuperação emocional, física, espiritual e social do residente onde o principal objetivo é de trabalhar com sua reabilitação para que seja possível a reintegração deste no meio social.

Sendo assim, o Centro proporcionará uma nova expectativa de vida ao residente, elevando sua autoconfiança, através do estímulo de atividades do cotidiano como cultivo de plantas, oficinas de teatro, artesanato, música, esportes, higiene pessoal, cuidados e limpeza com o meio em que reside, troca de experiências entre os residentes, dentre outras.

7.1 Intenções de projeto

O projeto tem por intenção a integração social do usuário com a comunidade em geral, fazendo com que a sociedade participe ativamente das atividades desenvolvidas dentro do Centro através de palestras, oficinas, apresentações de teatro, etc., e fazendo com que o residente saia do Centro e participe também das atividades culturais e artísticas desenvolvidas no município e nos municípios vizinhos, tais como feira do livro, desfiles, etc., reinserindo este na sociedade.

Para isto, procura-se criar, através de um ambiente tranquilo, arborizado e com uma arquitetura sem muitos excessos, um lugar que ofereça um tratamento eficiente e de qualidade, contando com uma ampla equipe de profissionais e voluntários, para que seja possível que o usuário abandone totalmente o vício, não voltando a ter recaídas e volte a ter uma vida normal em sociedade. Para que

se torne possível, procura-se também manter o auxílio ao usuário e à família para que possam participar de atividades mesmo após o desligamento da instituição, contando também com acompanhamento dos profissionais ligados ao Centro, mesmo após sua recuperação.

7.2 Porte do projeto

Segundo a Resolução RDC nº 29, a fiscalização da Vigilância Sanitária é mantida para os estabelecimentos que tratam da dependência química e alcoólica. Nesta são exigidos alguns ambientes no Centro de Recuperação, sem exigência de área mínima ou de número de residentes.

Para tanto, irá se trabalhar com base em algumas exigências que eram mantidas na antiga Resolução nº 101, de 30 de maio de 2001, tendo um número máximo de 60 residentes, sendo estes divididos em 02 unidades de 30 para cada, com número máximo de 06 residentes por quarto, não havendo limite de área mínima nos ambientes.

Assim, o Centro de Recuperação para dependentes químicos e alcoólicos contará com uma equipe de funcionários e profissionais qualificados, sendo estes 02 agentes comunitários, 02 médicos psicológicos, 02 médicos psiquiátricos, 01 médico nutricionista, 02 enfermeiros, 01 professor de música, 01 professor de arte, 01 professor de teatro, 01 professor de marcenaria, 01 professor de educação física; 01 técnico de informática, 01 bibliotecário, 02 cozinheiras, 03 faxineiras, além de voluntários, totalizando 21 profissionais envolvidos diretamente com o Centro.

7.2 Programa de necessidades e pré-dimensionamento

O programa foi montado de acordo com os ambientes exigidos na Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011. Além dos ambientes exigidos, foram propostos outros ambientes, de acordo com o programa de necessidades completo desejado para o tratamento dos residentes, alguns baseados na antiga Resolução nº 101. Abaixo segue a proposta de listagem dos ambientes, bem como a quantidade destes e a área.

PROGRAMA DE NECESSIDADES E PRÉ-DIMENSIONAMENTO (ÁREAS FECHADAS)								
SETOR	AMBIENTE	QTDDE	MOBILIÁRIO	Nº DE PESSOAS	ÁREA UNITÁRIA (m ²)	ÁREA TOTAL (m ²)	FONTE	
ALOJAMENTO	1*. Quarto coletivo com acomodações individuais	10	6 camas e 1 armário	6	20	200	RDC nº 29, 2011	
	2*. Banheiro	10	1 bacia sanitária, 1 lavatório e 2 chuveiros	6	8	80	RDC nº 29, 2011	
	3. Quarto para agente comunitário	2	1 cama e 1 armário	1	12	24	RDC nº 101, 2001	
	* Itens obrigatórios segundo RDC nº 29							
	Área do setor:					304		
REABILITAÇÃO E CONVIVÊNCIA	1*. Sala de atendimento individual	1	1 mesa, 2 cadeiras e 1 armário	1	15	15	RDC nº 29, 2011	
	2*. Sala de atendimento coletivo	1	35 cadeiras	35	80	80	RDC nº 29, 2011	
	3. Sala de atendimento social	1	1 mesa redonda e 15 cadeiras	15	30	30	RDC nº 101, 2001	
	4. Sala de atendimento médico (diversos profissionais)	2	1 mesa, 3 cadeiras, 1 armário e 1 maca	2	20	20	Autor, 2012	
	5. Enfermaria	1	1 mesa, 1 armário e 3 macas	1	30	30	Autor, 2012	
	6*. Área para realização de atividades laborais	1	30 colchonetes	30	50	50	RDC nº 29, 2011	
	7*. Área para realização de oficinas	2	6 mesas grandes e 30 cadeiras	30	50	50	RDC nº 29, 2011	
	8. Sala de TV	2	Sofá para 30 pessoas	30	120	240	RDC nº 101, 2001	
	9. Sala de jogos	1	Mesas e cadeiras para 30 pessoas	30	120	120	Feix, 2010	
	10. Sala de informática	1	30 mesas, 30 cadeiras e 30 computadores	30	75	75	Feix, 2010	
	11. Sala de cursos profissionalizantes	1	30 mesas e 30 cadeiras	30	50	50	Feix, 2010	
	12. Biblioteca	1	Estantes para livros, 30 mesas de estudo e 30 cadeiras	30	100	100	Feix, 2010	
	13. Academia	1	Equipamentos de ginástica diversos	30	50	50	Autor, 2012	
	14. Banheiro e vestiário	1	5 bacias sanitárias, 5 lavatórios e 5 chuveiros	5	25	25	Autor, 2012	
	* Itens obrigatórios segundo RDC nº 29							
	Área do setor:					935		

SETOR	AMBIENTE	QTIDADE	MOBILIÁRIO	Nº DE PESSOAS	ÁREA UNITÁRIA (m²)	ÁREA TOTAL (m²)	FONTE
ADMINISTRAÇÃO	1*. Sala de acolhimento de residentes, familiares e visitantes	1	20 cadeiras	20	25	25	RDC nº 29, 2011
	2. Sala de atendimento individual ao ingressante e família	1	1 mesa, 4 cadeiras e 1 armário	4	10	10	Autor, 2012
	3*. Sala administrativa	1	3 mesas, 6 cadeiras e 3 computadores	6	20	20	RDC nº 29, 2011
	4. Sala de reuniões	1	1 mesa grande e 20 cadeiras	20	30	30	RDC nº 101, 2001
	5*. Área para arquivo das fichas	1	1 mesa, 1 cadeira e 1 estante grande	1	20	20	RDC nº 29, 2011
	6*. Sanitários para funcionários (ambos os sexos)	2	3 bacias sanitárias e 3 lavatórios	3	10	20	RDC nº 29, 2011
	7. Vestiário para funcionários (ambos os sexos)	2	3 chuveiros e 1 armário	3	10	20	Capovilla, 2012
	8. Copa	1	1 geladeira, pia com 1 cuba, 1 fogão, 1 mesa, 3 cadeiras e balcão	3	15	15	Autor, 2012
* Itens obrigatórios segundo RDC nº 29							
Área do setor:						160	
APOIO LOGÍSTICO	1*. Cozinha coletiva	1	2 geladeiras, pia com 2 cubas, 1 fogão industrial, 1 mesa, balcão e armários	6	30	30	RDC nº 29, 2011
	2*. Refeitório	1	Mesas e cadeiras para 60 pessoas	60	75	75	RDC nº 29, 2011
	3*. Lavanderia coletiva	1	3 máquinas de lavar, 3 tanques, 1 tábua de passar, armários	3	30	30	RDC nº 29, 2011
	4. Sala de armazenagem de roupa limpa	1	Armários	-	20	20	RDC nº 101, 2001
	5*. Área de depósito de materiais de limpeza	1	Armários e estantes	-	10	10	RDC nº 29, 2011
	6*. Área para abrigo de resíduos sólidos	1	-	-	10	10	RDC nº 29, 2011
	7*. Almoxarifado	1	Armários	1	15	15	RDC nº 29, 2011
	8. Sala de segurança	1	1 mesa, 1 cadeira, 1 computador e 1 armário	1	10	10	Capovilla, 2012
* Itens obrigatórios segundo RDC nº 29							
Área do setor:						200	
ÁREA TOTAL CONSTRUÍDA						1599	

PROGRAMA DE NECESSIDADES E PRÉ-DIMENSIONAMENTO (ÁREAS ABERTAS)							
SETOR	AMBIENTE	QTIDADE	MOBILIÁRIO	Nº DE PESSOAS	ÁREA UNITÁRIA (m²)	ÁREA TOTAL (m²)	FONTE
REABILITAÇÃO E CONVIVÊNCIA	1*. Área para prática de atividades desportivas (quadra poliesportiva)	1	2 goleiras e 2 cestas de basquete	Revezamento dos residentes	432 (27x16m)	432	RDC nº 29, 2011
	2. Anfiteatro	1	Arquibancadas	60	100	100	
	3. Área externa de descanso e meditação	-	Bancos, pergolados	-	80	80	
	4. Horta	1	-	Revezamento dos residentes	30	30	RDC nº 101, 2001
	5. Área de criação de animais	1	-	Revezamento dos residentes	150	150	RDC nº 101, 2001
* Itens obrigatórios segundo RDC nº 29							
Área do setor:						792	
ESTACION.	1. Funcionários	1	-	20	22	440	Capovilla, 2012
	2. Visitantes	1	-	30	22	660	Capovilla, 2012
Área do setor:						1100	
ÁREA TOTAL ABERTA						1892	
ÁREAS TOTAIS							
ÁREA TOTAL CONSTRUÍDA						1599	
ÁREA TOTAL ABERTA						1892	
ÁREA TOTAL DO PROJETO						3491	

CONCLUSÃO

Diante de estudos e análises feitas nesta pesquisa, observa-se que o município de Alto Feliz é ideal para a implantação de um Centro de Recuperação de Dependentes Químicos e Alcoólicos, sendo este afastado de grandes centros urbanos, contendo uma área tranquila e com bastante arborização. Isto é fundamental para um bom e eficaz tratamento, visto que um dependente em recuperação necessita renovar a sua auto-estima, livrando-se dos vícios através de atividades que lhe tragam maior tranquilidade.

A falta de instituições de qualidade no tratamento de dependentes químicos e alcoólicos foi um dos fatores levados em conta para a escolha deste tema, sendo muitos adaptados através de construções já existentes, havendo espaços improvisados, muitos destes pequenos e em outros o serviço de atenção tanto ao residente quanto ao visitante não é de boa qualidade.

Desta forma, esta pesquisa serve de base para o desenvolvimento de um projeto arquitetônico, onde, através da análise de referências formais e análogas, possam ajudar para a execução de uma instituição que possua um tratamento de referência, contendo espaços aconchegantes e tranquilos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANVISA - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **RDC nº 101**. Disponível em: < http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/101_01rdc.htm> Acesso em: 07 set. 2012.

ANVISA - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **RDC nº 29**. Disponível em: <http://www.uniad.org.br/images/stories/RDC-029_-_ANVISA_-_Comunidades_Terapeuticas.pdf> Acesso em: 06 set. 2012.

ARCHDAILY. **Carmel Residence/Dirk Denison Architects**. Disponível em: < <http://www.archdaily.com/239007/carmel-residence-dirk-denison-architects/>>. Acesso em: 25 set. 2012a.

ARCHDAILY. **2º Prêmio – Concurso Projeto Aliah**: Um hotel para uma Copa verde / Oficina Coletiva Arquitetos. Disponível em: < <http://www.archdaily.com.br/41602/2-premio-concurso-projeto-aliah-um-hotel-para-uma-copa-verde-oficina-coletiva-arquitetos/>>. Acesso em: 26 nov. 2012b.

ARCHDAILY. **Residência PC / Ana Paula Barros Arquitetura**. Disponível em: < <http://www.archdaily.com.br/57702/residencia-pc-ana-paula-barros-arquitetura/>>. Acesso em: 26 nov. 2012c.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 9050**: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro, 2004. Acesso em: 23 set. 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR: 9077**: Saída de emergência em edifícios. Rio de Janeiro, 2001. Acesso em: 23 set. 2012.

BETONART, INOVAÇÕES EM CONCRETO. Pergolados de concreto. Disponível em: < <http://www.betonart.com.br/produtos/pergolados-de-concreto>>. Acesso em: 26 nov. 2012.

BRASIL. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm>. Acesso em: 03 out. 2012.

BRASIL. LEI nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm>. Acesso em: 24 set. 2012.

BRASIL. LEI Nº 12.651, de 25 de maio de 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12651.htm>. Acesso em: 24 nov. 2012.

CÂMARA, Agência. Projeto prevê possibilidade de internação obrigatória de dependentes de droga. **Jus Brasil**, 2012. Disponível em: <<http://camara-dos-deputados.jusbrasil.com.br/noticias/100028317/projeto-preve-possibilidade-de-internacao-obrigatoria-de-dependentes-de-droga>>. Acesso em: 15 ago. 2012.

CAPOVILLA, Fernanda. **Centro de Reabilitação para dependentes químicos e alcoólicos**. 2012. Pesquisa do Trabalho Final de Graduação – Curso de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Feevale, RS, 2012.

CENTRO DE TRATAMENTO CASA CLARA. **Tratamento**: metodologia. Disponível em: <<http://c-casaclara.com/tratamento.php>>. Acesso em: 01 set. 2012.

ECOCASA. **Aproveitamento de água de chuva**. Disponível em: <<http://www.ecocasa.com.br/aproveitamento-de-agua-de-chuva.asp>>. Acesso em: 03 set. 2012.

EUROPA CONCORSI. **Concurso anteproyectos hotel co.se.ga**. 2008. Disponível em: <<http://europaconcorsi.com/projects/80230-CONCURSO-ANTEPROYECTOS-HOTEL-CO-SE-GA>>. Acesso em: 04 out. 2012.

FEIX, Gabriela Kelsch. **Comunidade Terapêutica para o município de Taquara**. 2010. Pesquisa do Trabalho Final de Graduação – Curso de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Feevale, RS. Disponível em: <<http://tconline.feevale.br/tc/index.php?codcurso=9100>>. Acesso em: 02 out. 2012.

GOOGLE EARTH. **Alto Feliz**. Imagem de satélite, color. Escala indeterminada. Disponível em: <<http://earth.google.com.br/index.html>>. Acesso em: 06 out. 2012.

GRUPO RECANTO, Centros de Recuperação. Disponível em: <<http://www.gruporecanto.com.br/centro-de-recuperacao-metodologia-tratamento.html>>. Acesso em: 19 nov. 2012.

HAZELDEN, Centro de Recuperação. Minnessota/Minneapolis. Disponível em: <http://www.hazelden.org/web/public/plymouth_mn_substance_abuse_treatment_center_youth.page>. Acesso em: 25 set. 2012a.

HAZELDEN, Centro de Recuperação. Oregon/Newberg. Disponível em: <http://www.hazelden.org/web/public/newberg_or_substance_abuse_addiction_treatment.page>. Acesso em: 25 set. 2012b.

HENEINE, Maria Cristina Almeida de Souza. **Cobertura verde**. 2008. Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Construção Civil – Escola de Engenharia, Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG. Disponível em: <<http://www.cecc.eng.ufmg.br/trabalhos/pg1/Monografia%20Maria%20Cristina%20Almeida.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2012.

HOME DSGN. **Villa Hendrixx**. Disponível em: <<http://www.homedsgn.com/2012/07/05/villa-hendrixx-by-70f-architecture/>>. Acesso em: 24 set. 2012.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Rio Grande do Sul**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=rs#>>. Acesso em: 12 nov. 2012a.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Alto Feliz**. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=rs>>. Acesso em: 12 nov. 2012b.

MOTA, Leonardo. **Dependência química e representações sociais : pecado, crime ou doença?**. Curitiba, 2009.

NOGUEIRA, Heron. **Psicologia e valorização da vida humana: O que é uma comunidade terapêutica?**. Disponível em: <<http://msepsicologia.blogspot.com.br/2009/08/o-que-e-uma-comunidade-terapeutica.html>>. Acesso em: 18 ago. 2012.

PLATAFORMA ARQUITETURA. **Dos Viviendas Unifamiliares / BAUEN**. 2012. Disponível em: < <http://www.plataformaarquitectura.cl/2012/10/04/dos-viviendas-unifamiliares-bauen/>>. Acesso em: 27 nov. 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO FELIZ. **Mapa**: Arquivo. Acesso em: 02 nov. 2012.

SANTUCCI, Jô. Sustentabilidade: a construção fazendo a sua parte. **CONSELHO em revista**, ed. nº 33, maio 2007. Disponível em: < http://saturno.crea-rs.org.br/crea/pags/revista/33/CR33_area-tecnica.pdf>. Acesso em: 02 out. 2012.

SENADO. **Jornal Em discussão**: Centros de reabilitação de dependentes químicos. Disponível em: < <http://www.senado.gov.br/NOTICIAS/JORNAL/EMDISCUSSAO/dependencia-quimica/tratamento-para-dependentes-quimicos/centros-de-reabilitacao-de-dependentes-quimicos.aspx> >. Acesso em: 18 nov. 2012.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS. **Informações de saúde**: Epidemiológicas e Morbidades. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/nirs.def>>. Acesso em: 27 ago. 2012.

VALCARENGHI, Aline Leal. Políticas antidrogas ainda são ingênuas no país. **Revista Exame**, 2012. Disponível em: <<http://exame.abril.com.br/brasil/noticias/politicas-antidrogas-ainda-sao-ingenuas-no-pais>>. Acesso em: 15 set. 2012.

VIVA CLÍNICA TERAPÊUTICA. **Como funciona o tratamento para dependentes químicos?**. Disponível em: <<http://www.ctviva.com.br/tratamento-para-dependencia-quimica.html>>. Acesso em: 18 ago. 2012.

WIKIPEDIA. Mapa de localização de Alto Feliz. 2012. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Alto_Feliz>. Acesso em: 02 nov. 2012.

WINGERT, Márcia. **Centro Terapêutico para dependentes químicos e alcoólicos**. 2006. Trabalho Final de Graduação – Curso de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Feevale. Disponível em: <<http://tconline.feevale.br/tc/index.php?codcurso=9100>>. Acesso em: 01 out. 2012.

ANEXOS

Anexo A – Folheto do Centro de Tratamento Casa Clara

Ambiente residencial

Antes de tudo, o Centro de Tratamento Casa Clara se constitui numa residência educacional reproduzindo um ambiente familiar. É o primeiro e importante aspecto que o faz diferente dos padrões e métodos de clínicas ou alas hospitalares psiquiátricas ou das chamadas fazendas terapêuticas. Neste ambiente familiar é desenvolvida uma filosofia de trabalho e metodologias próprias para o tratamento de dependências químicas, emocionais, compulsões e outros transtornos comportamentais ou psíquicos. O foco da Casa Clara é tratar o indivíduo como um todo (incluindo a preparação de sua família) e não simplesmente a doença em si.



As terapias oferecidas

- Tratamento integral em regime residencial (internação) para dependência química, emocional e comportamentos compulsivos.
- Tratamento no regime Day-Clinic. Obedece aos mesmos critérios e metodologia, porém o residente não pernoita na Casa Clara. É indicado para casos mais amenos ou que não necessitem ambiente controlado. É alternativa também para ex-residentes que sintam necessidade de algum reforço, ou mesmo pelo surgimento de uma nova circunstância perturbadora ao objetivo da recuperação plena.

Convênios:

- Unimed Nordeste RS
- ASDNER
- Círculo
- Empresas com Assistência Social mediante contrato
- Ipom



WWW.C-CASACLARA.COM

CLÍNICA PATER E TERRA - COM DR

Estrutura

- Salão de Palestras.
- Sala de Estudos.
- Sala de estar com lareira.
- Dormitórios masculinos.
- Dormitório feminino.
- Enfermaria 24 horas.
- Cozinha própria, com pratos caseiros e orientação nutricional, inclusive para residentes que necessitem de dietas especiais.
- Biblioteca (junto ao anexo da equipe terapêutica).
- Área para atividades físicas.
- Piscina.
- Ampla área verde e arborizada.
- Serviço de Emergência Clínica - Emercor.

CASA CLARA

CENTRO DE TRATAMENTO



Centro Residencial
 Av. Rio Branco, 11.406 | Encruzilhada de Ana Rech
 CEP: 95060-000 | Coxias do Sul, RS |
 Fone/Fax: 54 3283.1277
www.casacleara.com.br | casalara@terra.com.br
 Administrativo | Fone: 54 3283.4372
 Responsabilidade Técnica: Dr. Celso Luis Caltaneo
 CREMERS 13.353

*A Dra. Rita Levi-Montalcini completou 100 anos de vida em 22/04/2007 e continua suas pesquisas em Neurologia. Venceu o Prêmio Nobel de Medicina em 1936, ao ser reconhecido seu trabalho que identificou o fator de crescimento das células nervosas (NGF). A frase é um pensamento do cientista em referência ao equilíbrio do comportamento humano.

“Conduzir as emoções
e não só as razões...”

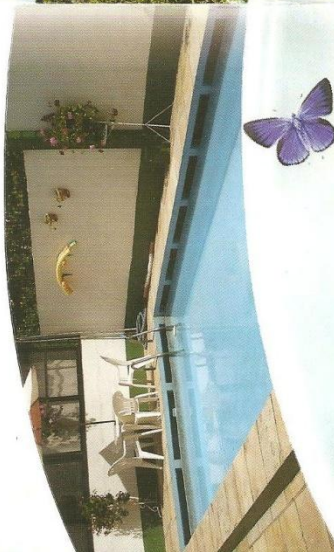


Dra. Rita Levi-Montalcini - Neurocientista - Prêmio Nobel de Medicina em 1936, aos 77 anos de idade.

Anexo B – Folheto do Centro de Tratamento Casa Clara

As dependências

A sociedade e a mídia se mobilizam em alertar e enfatizar o impacto devastador da dependência química. Isso atinge, não só o dependente, mas suas famílias, suas relações sociais, afetivas, escolares, do trabalho, de sintomas físicos, da sua vida como um todo. Fala-se muito em dependência química (drogas ilícitas e álcool), mas o problema é mais amplo. As dependências têm uma origem ou igual raiz. No exemplo do dependente químico, percebe-se de imediato a negação. Mesmo consciente de estar com problemas, ele nega que tenha dificuldades, não aceita ajuda, mas vê crescer seus sentimentos de culpa, vergonha e arrependimento. É o ciclo comum, que vai do prazer inicial estimulado por drogas - que vai diminuindo - e o espaço sendo ocupado por um sofrimento cada vez maior. E a história é repetitiva: quando ocorre um caso na família, toda a família adoece e se torna co-dependente.



A melhor maneira de ajudar um dependente é fornecer informações de qualidade a ele e à família. É o princípio mais eficaz e comprovado para vencer dependências.

A Casa Clara é diferente

Já ultrapassando 10 anos de existência, o Centro de Tratamento teve origem como unidade franqueada da Vila Serenata. Desde 2006, a Casa Clara desvinculou-se da franquia e adotou várias modificações na metodologia dos tratamentos, que o tempo veio a valorizar como diferenciados e know-how únicos. Por exemplo, na Casa Clara é permitido, durante o período de tratamento, que o residente mantenha contato com seu próprio psiquiatra ou psicólogo particular. Quando isso ocorrer, tais profissionais interagem com a equipe da Casa Clara, acompanham e participam da evolução do caso.

As atividades desenvolvidas

Considerando o regime residencial (internação):

- Trabalhos de natureza intelectual, mas acessíveis a qualquer nível de escolaridade, visando o autoconhecimento e despertando convicção da pessoa em torno do objetivo de seu tratamento. Essa atividade é conduzida sob orientação e apoio do terapeuta responsável.
- Palestras sobre os Doze Passos e outros assuntos relacionados.
- Debates em grupo.
- Tarefas comunitárias.
- Acompanhamento psiquiátrico.



Filosofia de atuação

- Terapia grupal estimulando a ajuda mútua e a partilha de sentimentos.
- Aplicação de método baseado nos Doze Passos, com um entendimento mais dinâmico.
- Acompanhamento médico e medicamentoso, porém não sedativo, de forma que o residente participe de toda a grade de trabalhos, principalmente os que desenvolvem o autoconhecimento com a ajuda dos orientadores terapêuticos.



- Reeducação de hábitos, desde a alimentação até a higiene do sono.
- Atividades físicas.
- Alongamento pós-despertar e meditação.
- Leitura de literatura especializada e exibição de filmes educativos.
- Sábado Familiar (palestra seguida de dinâmica de grupo com os residentes e familiares).
- Programa familiar.
- Preparação da pessoa para o período pós-tratamento, tornando mais segura a reintegração social.

- Programa para os co-dependentes. A participação da família é fundamental para a melhor recuperação do residente.
- Equipe profissional interdisciplinar com formação técnica e experiência nas áreas atendidas.
- Anonimato comprometido.
- Tratamento de forma voluntária.
- Programa de pós-tratamento – já incluso no plano terapêutico – durante um ano, para prevenção de eventuais recaídas.



Anexo C – Folheto do Centro de Tratamento Nova Esperança



Centro de Tratamento Nova Esperança

Em uma área de 6 hectares, conta com trilha ecológica em meia a um bosque, quiosque com churrasqueira, lago ornamental, pomar, horta, campo de futebol e sala de ginástica. Uma casa com 450 m² de área construída, com 30 leitos divididos em 7 suítes, contendo adaptações para deficientes físicos, sala de reuniões, refeitório, enfermaria, consultórios, sala de lazer (TV/DVD), sala de praxiterapia, salão de palestras, sala de convivência e sala de estudos.



Centro de Tratamento Nova Esperança



Convênios: Círculo Operário Caxiense - Fátima Saúde

Estrada Municipal do Vinho, 2951
 São Marcos da Linha Feijó
 Bairro São Caetano
 Caxias do Sul - RS
 (54) 3215.3740 | (54) 3215.3430
 ctne1@hotmail.com
 www.ctnovaesperanca.com



Centro de Tratamento Nova Esperança



PATROCINADORES










**Centro de Tratamento
Nova Esperança**



**Centro de Tratamento
Nova Esperança**

Missão

Através de um processo de aprendizagem da doença (adição), baseada na terapia Cognitiva Comportamental, regatar sua própria história e dignidade, efetuando mudanças de hábitos e comportamentos.

Objetivo

Tratar a dependência química e as outras adições, visando a reinserção social do adicto e seus familiares.

Público

Adultos (ambos os sexos), com transtornos decorrentes ao uso/abuso de substâncias psicotivas e outras adições como: controle compulsivo de pessoas, compulsividade alimentar, comprar, jogo, sexo, entre outras.

Sinais

É possível perceber o uso de drogas pelas mudanças de comportamento das pessoas:

- Mudanças significativas de seu comportamento, como irritabilidade, agressividade, ou totalapatia sem motivo aparente;
- Alterações em hábitos alimentares, higiene pessoal, inversões de horários de sono, alterações no padrão de linguagem e vestuário e nos seus grupos de relacionamento;
- Baixa nos rendimentos profissionais e/ou escolar;
- Inversões de valores morais, sociais, religiosos, entre outros;
- Isolamento excessivo da família, amigos, companheiros de trabalho e outros;
- Alterações no padrão emocional, como euforia, depressão e desinteresse em geral.

Adição

Doença, progressiva, incurável e fatal, reconhecida pela OMS caracterizada como:

- 1- Física
- 2- Mental
- 3- Emocional/Espiritual.

No âmbito social, você começa a usar substâncias que causam dependência esporadicamente e não ateta o convívio social, começa a fazer uso em sociedade, até este momento não há um problema grave.

Com o passar do tempo a pessoa deixa de exercer o seu papel pela cidadania, perde a responsabilidade e a prioridade se torna a substância que causa dependência, não existe mais a participação no contexto social.

Passando desde contexto o uso passa a ser um hábito, e o hábito faz com que você consiga a substância que causa dependência de qualquer maneira, e sua força superior se torna a substância que causa dependência.

Perdendo assim o controle de sua vida e sendo controlado pela substância que causa dependência.










CTNE

CTNE

CTNE

CTNE

CTNE

CTNE

CTNE

CTNE

APÊNDICE

Nome do entrevistado: _____

Profissão: _____

Centro: _____

Data: ___/___/___

QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTAS

1. O Centro é uma instituição pública ou privada?
2. O Centro está vinculado a alguma religião? Qual?
3. Dispõe do tratamento de dependentes do sexo masculino e/ou feminino?
4. Quantos residentes estão em tratamento atualmente (masculino e/ou feminino)?
5. Quantos leitos estão disponíveis (masculino e/ou feminino)?
Há leitos coletivos? Quantos?
Leitos individuais? Quantos?
6. Quantos funcionários trabalham na instituição?
7. Quais os tratamentos disponíveis no Centro (psicológico, médico, assistência social, etc.)? Existem salas específicas para estes tratamentos?
8. Em geral, quanto tempo o tratamento dura?
9. Há atividades terapêuticas disponíveis na instituição? Quais? (horta, alguma capacitação profissional, etc.)
10. Qual é a rotina dos residentes?
11. Após a entrada do dependente na instituição, como procede o tratamento?
12. De que forma os familiares e a comunidade participam das atividades?
13. A infraestrutura existente é suficiente para atender aos números de residentes?
14. Existe espera pelo tratamento? Quantas pessoas atualmente?
15. Existe monitor? Se há, dorme com os residentes?