

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS DE LARANJEIRAS
DEPARTAMENTO DE ARQUITETURA E URBANISMO

EMERSON PASSOS DOS SANTOS

HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DE
SERGIPE: uma contribuição da Arquitetura para a Reforma
Psiquiátrica.

LARANJEIRAS-SE
2016

EMERSON PASSOS DOS SANTOS

HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO
DE SERGIPE: uma contribuição da Arquitetura para a Reforma
Psiquiátrica.

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado ao Departamento de
Arquitetura e Urbanismo da Universidade
Federal de Sergipe em 25 de outubro de
2016, como parte do requisito para obtenção
do título de Bacharel em Arquitetura e
Urbanismo, sob a orientação do Professor
Dr. Márcio da Costa Pereira.

LARANJEIRAS-SE
2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS DE LARANJEIRAS
DEPARTAMENTO DE ARQUITETURA E URBANISMO

HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DE SERGIPE: uma
contribuição da Arquitetura para a Reforma Psiquiátrica.

EMERSON PASSOS DOS SANTOS

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Departamento de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal de Sergipe em 25 de outubro de 2016, como parte do requisito para obtenção do título de Bacharel em Arquitetura e Urbanismo.

Comissão Examinadora

Prof. Dr. Márcio da Costa Pereira – Arquiteto e Urbanista (DAU – UFS)
(Orientador)

Prof. Me. Fernando de Medeiros Galvão - Arquiteto e Urbanista (DAU – UFS)

Arq. Rodrigo Carvalho Lacerda de Oliveira – Arquiteto e Urbanista (Externo)

LARANJEIRAS-SE
2016

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família, pelos ensinamentos sobre o mundo e as pessoas, minha mãe, pai, irmãos e esposa.

Dedico aos parceiros de faculdade, colegas e professores que tanto discutiram comigo, sobre Arquitetura e Urbanismo.

Dedico aos pacientes do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, servidores do sistema prisional, servidores da secretaria de saúde e aos colegas da unidade na qual trabalho.

Dedico, principalmente, ao futuro do tratamento dos portadores de transtornos mentais em conflito com a lei no país, com a esperança de espaços e projetos decentes para os sujeitos privados de liberdade e toda sociedade.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

Aos meus pais, irmãos e esposa, pelo amor, incentivo e apoio incondicional, em especial a minha irmã, Ellen Crissian, por me incentivar a voltar aos estudos, sua insistência foi fundamental.

Ao meu orientador, Professor Dr. Márcio da Costa Pereira, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos, sem sua ajuda eu não teria atingido o objetivo da proposta.

A toda equipe da Arqvx Arquitetura e Urbanismo, onde estagiei por 2 anos e pude amadurecer profissionalmente.

Aos colegas de trabalho pela compreensão dos momentos que tive me ausentar para ir às aulas.

Aos pacientes do Hospital de Custódia e tratamento Psiquiátrico de Sergipe.

A todos meus colegas de curso, em especial a meu amigo Hailton Plínio, meu parceiro de todas as horas.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

RESUMO

O presente trabalho tem como proposta apresentar um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico mais humano e funcional, que se descaracterize ao máximo de uma instituição de punição a indivíduos e que permita a reinserção social do paciente na sociedade. Para adequada consolidação do trabalho, foi realizado um estudo focado nas principais problemáticas entendidas através de observações e entrevistas informais com funcionários e pacientes do HCTP, bem como na análise de referenciais teóricos e arquitetônicos. Este trabalho também mostra as possibilidades, tanto tecnológicas, quanto projetuais, para a humanização do tratamento do portador de transtornos mentais, dando-lhe a possibilidade de dignidade e reinserção social, através de um espaço físico mais amplo e funcional que atenda de forma satisfatória a demanda terapêutica do Hospital. Para tanto, destacamos que os aprendizados adquiridos na pesquisa sobre histórico dos espaços asilares e a Reforma Psiquiátrica contribuíram para consolidação da proposta, onde percebemos que os estabelecimentos para saúde mental deixaram de ser um local de coerção e segregação e se tornaram instrumentos de cura e de reinserção social do portador de doença mental.

PALAVRAS-CHAVE: Hospital de Custódia, humanização, reinserção social

ABSTRACT

The purpose of this study is to present a more humane and functional Hospital of Custody and Psychiatric Treatment, which is characterized as much as possible by an institution that punishes individuals and allows the social reintegration of the patient in society. To adequately consolidate the work, a study was carried out focusing on the main problems understood through observations and informal interviews with employees and HCTP patients, as well as in the analysis of theoretical and architectural references. This work also shows the possibilities, both technological and design, for the humanization of the treatment of patients with mental disorders, giving them the possibility of dignity and social reintegration, through a larger and functional physical space that satisfies the Therapeutic demand of the Hospital. Therefore, we emphasize that the acquired learning in the history of asylum and Psychiatric Reform research contributed to the consolidation of the proposal, where we realized that mental health establishments were no longer a place of coercion and

segregation and they became instruments of healing and Social reintegration of the mentally ill.

Lista de figuras

Figura 1. Edifício principal. Nesta imagem percebe-se a permeabilidade visual do espaço.....	19
Figura 2. Permeabilidade visual do ambiente.....	20
Figura 3. Uma série de pequenas cabanas de madeira espalhadas pelo bosque circundante.	20
Figura 4. Distribuição das diversas atividades em pavilhões e ateliês.	21
Figura 5. Oficina para diversas atividades terapêuticas.	21
Figura 6. A disposição dos ambientes permitem uma melhor ventilação cruzada bem como melhor incidência de luz solar.	22
Figura 7. Grande terraço para banhos de sol em comunicação com os pavilhões.	22
Figura 8. Presença marcante da vegetação no pátio Sul da Casa do Sol.23	
Figura 9 Uso de brises-soleil na fachada principal da Casa	
Figura 10. Pavimento térreo da Casa do Sol. Observa-se a setorização de todas as atividades..	24
Figura 11. Pavimento tipo da Casa do Sol, proposta cria apartamentos ao invés de celas semelhantes aos antigos espaços asilares.	25
Figura 12. Localização	28
Figura 13. Planta de setorização e programa de necessidades	29
Figura 14. Principais fluxos dos funcionários, visitantes e pacientes.	30
Figura 15. Volumetria do atual HCTP	31
Figura 16. Espaço físico inadequado para a realização de aulas de musicalização.....	33
Figura 17. Setor de odontologia – área destacada mostra sistema de ventilação e iluminação dos alojamento dos pacientes	34
Figura 18. Recepção dos agentes prisionais onde são realizadas as visitas de forma adaptada e precária. Na imagem serviços de teste glicêmico, pressão arterial e índice de massa corporal foram realizados pelo SESI.	35
Figura 19. Recepção dos agentes prisionais onde são realizadas as visitas de forma adaptada e precária. Na imagem o espaço está sendo utilizado para realização de missa.....	36
Figura 20. Acesso principal - Falta de abrigo para visitantes.....	36
Figura 21. Terreno escolhido.....	39
Figura 22. Apresentação da proposta do novo HCTP ao Grupo de Trabalho do Conselho de Saúde de Sergipe	49
Figura 23. Apresentação da proposta do novo HCTP ao Grupo de Trabalho do Conselho de Saúde de Sergipe	49

Sumário

Introdução	10
1- Histórico dos espaços asilares	11
1.1 Histórico dos manicômios.....	11
1.2 História das Instituições Psiquiátricas no Brasil.....	14
1.2.1 - Reforma Psiquiátrica	15
2-A loucura e o crime	16
2.1- Os manicômios judiciais	17
2.2 Medida de Segurança	18
3- Referenciais Arquitetônicos	19
3.1 Sanatório Zonnestraal	19
3.1.1 Principais diretrizes projetuais identificadas no projeto	20
3.2 – Casa do Sol – Rio de Janeiro	22
3.2.1 Espaços de convívio x espaços de isolamento	26
3.2.2 A inversão do esquema panótico:	27
3.2.3 A neutralização da imagem do manicômio:.....	27
3.2.4 A integração com a comunidade:.....	27
3.2.5 A ligação com o espaço exterior:	27
4- Objeto de Estudo: Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Sergipe	28
4.1 Localização	28
4.2 Espaço físico	29
4.3 Fluxos.....	30
4.4 Conforto Ambiental	31
5- Depoimentos dos profissionais e funcionários	31
5.1 Espaço físico de atuação dos agentes e equipe de enfermagem	32
5.1.2 Espaço para atividades terapêuticas.....	32
5.1.3 Alojamentos dos pacientes	34
5.1.4 Espaço de convivência dos pacientes	34
5.1.5 Local de visita	35
5.1.6 Local de espera para entrada dos visitantes	36
5.1.7 Alojamentos dos funcionários.....	37
5.1.8 Refeitório dos funcionários	37
5.1.9 Recepção e área de vigilância dos agentes prisionais	37
5.1.10 Perfil dos internos	37

5.2 Considerações	38
6 O projeto do novo Hospital: A contribuição da arquitetura	39
6.1 Escolha do terreno	39
6.2 Partido Arquitetônico.....	40
6.3 Programa de necessidades	40
6.3 Setorização.....	43
6.4 Fluxograma	44
6.5 Estratégias do projeto.....	45
6.6 Legislação Pertinente:.....	47
7 Considerações finais: O futuro dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico	48
BIBLIOGRAFIA	50

Introdução

Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico são instituições públicas destinadas às pessoas que sofrem algum tipo de doença mental e que cometeram alguma modalidade de crime, e em função disso, cumprem medidas de segurança ao invés de penas. Esses hospitais anteriormente eram chamados de manicômios judiciários. Apesar de terem a nomenclatura hospital, os mesmos não se encontram vinculados ao sistema de saúde.

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Sergipe (HCTP-SE) fica localizado na Rua Argentina nº 421, Bairro América, na capital, Aracaju, sendo este estabelecimento inaugurado em 1985. No passado, o edifício abrigou um centro de saúde, vizinho às antigas instalações do presídio feminino da cidade. O HCTP-SE está vinculado à Secretaria Estadual de Justiça e Cidadania de Sergipe.

A escolha do tema se deu pela experiência profissional do autor como Guarda de Segurança Prisional, lotado no HCTP desde maio de 2008.

O objetivo deste trabalho é propor um ambiente mais humano e funcional, que se descaracterize ao máximo de uma instituição de punição a indivíduos e que permita a reinserção social do paciente na sociedade. Pretende-se estruturar esse novo HCTP de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, psicológicos, de assistência social, terapias ocupacionais e lazer, entre outros.

Para a realização dessa primeira etapa, foram elaborados estudos sobre:

A história dos espaços asilares na história da humanidade (capítulo I);

A relação entre loucura e crime, e quais medidas são tomadas para o tratamento do louco infrator (capítulo II);

Os referenciais arquitetônicos correlatos que contribuam para o projeto (capítulo III);

A análise do espaço atual do HCTP-SE, através de observações e síntese dos depoimentos dos funcionários e caracterização dos principais problemas do espaço atual (capítulo IV);

Das diretrizes projetuais que nortearão o desenvolvimento da proposta (capítulo V).

1- Histórico dos espaços asilares

1.1 Histórico dos manicômios

Ao longo de toda a história da humanidade, pode-se observar a tendência de várias sociedades em excluir aqueles considerados diferentes. O início da segregação deu-se no final da Idade Média com a disseminação dos leprosários para onde eram enviados os doentes, uma espécie de hospital que tinha como objetivo manter os internos longe dos que não estavam infectados.

No entanto, com o final das cruzadas e a redução dos casos de lepra, os leprosos passaram a ser internados em hospitais para abrigar os chamados “loucos”.

O modo de se compreender a doença mental passou por diversas modificações ao longo das diversas fases da humanidade. Na antiguidade pré-clássica as doenças mentais eram explicadas como algo sobrenatural; a partir dos anos 600 a.C. os filósofos gregos implementaram a ideia organicista da loucura*, sendo que até o início da Idade Média o tratamento era baseado em conforto e apoio aos doentes mentais.

Esses conceitos mudaram radicalmente no período entre o final da Idade Média e a Idade Moderna, época em que o doente mental passou a ser visto como possuído pelo demônio, resultando na mudança do tratamento que antes era humanitário e que passou para espancamentos e tortura, dentre outras práticas desumanas, na tentativa de que os doentes se livrassem da suposta possessão.

Cabe ressaltar que a prática de se retirar os doentes mentais do convívio social surge mais especificamente na cultura árabe, onde teria surgido o primeiro hospício conhecido do século VII.

Já os primeiros hospícios do continente europeu surgem séculos depois, no século XV, período em que os árabes ocuparam a Espanha.

* A loucura como desarranjo do cérebro, provocado por disfunções humorais. Tem causa orgânica.

Logo após, no século XVII, os hospícios se disseminam e passam a abrigar os doentes mentais e os marginalizados em geral, como mendigos criminosos, inválidos, portadores de doenças venéreas e libertinos. Essas instituições submetiam essas pessoas a tratamentos bastante desumanos, que eram considerados como piores do que os que eram vistos nas prisões.

É no século XVIII que surge então a noção de hospital como “instrumento terapêutico”, que teve o psiquiatra **Phillipe Pinel** como um dos maiores expoentes, tendo este promovido um processo de humanização do tratamento dos doentes mentais, por ele denominado de “tratamento moral”, tendo sido também um dos primeiros a libertar os pacientes dos manicômios das correntes.

Pinel desejava que o tratamento oferecido pelo manicômio fosse de reeducação do doente, implicando respeito às normas e desencorajamento das condutas inadequadas.

Desse modo, após o Iluminismo e a Revolução Francesa, a questão dos “loucos” foi enxergada de outra forma: passa a ser um assunto médico-científico, momento em que surgem duas correntes com diferentes ideologias em relação ao tratamento dos pacientes, bem como à origem dos seus males: a corrente organicista e a corrente moral.

Mesmo após as mudanças propostas por Pinel, no início do século XIX, o tratamento dado ao interno do manicômio ainda era mais uma prática de tortura do que médico-científico. Eram utilizadas medidas físicas e higiênicas como duchas, banhos frios, chicotadas, isolamento em quartos escuros dentre outras práticas. Tanto as correntes organicista e moral utilizaram dessas práticas que aos poucos o que era considerado uma doença moral passou também a ter uma concepção orgânica.

A partir desse período, ganharam força as teorias organicistas que decorreram principalmente das descobertas experimentais da neurofisiologia e da anatomia psicológica.

No entanto, com o início do chamado tratamento terapêutico que ganhou força no final do século XVIII, começam a aparecer hospitais para “loucos” com condições físicas

mais adequadas. Essa preocupação surgiu com o inquérito de Tenon*, que se preocupou com a reconstrução do hospital Hôtel-Dieu em Paris. Este inquérito se preocupava também com a reformulação dos hospitais, que apresentavam problemas de todo o tipo, e principalmente inadequações dos edifícios às funções hospitalares, o que resultou na necessidade em se reconstruir o Hôtel-Dieu.

Considerou-se que somente se chegaria à fórmula de um bom hospital, por intermédio de um inquérito empírico, o qual poderia estabelecer a construção de um novo espaço institucional.

Passou-se a enxergar o edifício como um instrumento de cura, um meio de intervenção sobre a doença, não somente a estrutura física do hospital, mas também o meio em que este estava situado. Assim, os hospitais, símbolos de morte e doenças, foram retirados dos centros urbanos.

Assim como na estrutura física dos hospitais, há também uma mudança na medicina, que passa a ter um enfoque mais prático e não somente teórico, enxergando o paciente como objeto do saber e da prática médica.

Desse modo, podemos dizer que as primeiras noções de espaços destinados ao tratamento da loucura, os hospitais psiquiátricos, também conhecidos como manicômios, nascem com o já citado Philippe Pinel.

A partir deste momento é que os manicômios são vistos como parte fundamental no tratamento dos “loucos”. Nestes locais as doenças puderam ser mais bem estudadas, colaborando, por conseguinte, em uma maior eficácia dos diagnósticos, tudo isso em meio a um espaço físico pensado para melhor tratar as doenças psíquicas.

Sendo assim, as diferentes visões da humanidade acerca da loucura, culminaram em uma mudança radical no pensamento de como os “loucos” seriam tratados, que

* Médico francês, Jacques-René Tenon, que em 1788 publicou o Tenon “Mémoire sur les Hôpitaux de Paris” (Memórias sobre os Hospitais de Paris).

resultaram na ideia de que este tratamento alcançaria maior eficácia em um ambiente mais humano para melhor entender as patologias e alcançar a cura esperada.

1.2 História das Instituições Psiquiátricas no Brasil

No Brasil, a história da psiquiatria surge na metade do século XIX. Na sociedade desta época, os doentes mentais advindos das famílias dos proprietários de terras recebiam tratamento domiciliar, já os doentes mentais escravos eram aprisionados em asilos administrados pela Igreja, onde não recebiam qualquer tipo de tratamento.

Em 1852, no Rio de Janeiro, surge a primeira instituição destinada ao atendimento em saúde mental no país, resultado do movimento de médicos e intelectuais que eram contrários à forma como eram tratados os doentes mentais. No entanto, esta instituição, Hospício Pedro II era administrado pela Igreja e não seguia os preceitos da psiquiatria.

Somente com a proclamação da República em 1889 é que a psiquiatria surge como especialidade da medicina e os médicos passam a administrar as instituições que eram antes administradas pela Igreja. É nessa época que a doença mental, antes considerada uma desrazão*, passa a ser considerada doença mental, o que resultou na necessidade em se desenvolver conhecimentos que pudessem possibilitar o seu tratamento.

Nesta época, o Brasil passa a receber diversos imigrantes e a fortalecer a ideia do capitalismo, o que estimulou um crescimento dos centros urbanos. Com isso, o governo preocupado em atrair cada vez mais imigrantes e fortalecer a economia, passa a investir em saneamento e saúde pública. Assim, em 1903 deu-se início ao processo de higienização que tinha como objetivo limpar as cidades, remover os focos de infecção e a imundice, retirando mendigos que infestavam a cidade. Com isso, a psiquiatria passa a transferir os hospícios-colônias para lugares distantes dos centros urbanos.

Esses hospícios-colônias obrigavam os doentes mentais a cuidar da terra para garantir sua subsistência, já que estavam totalmente isolados no meio rural. No final dos anos 40, o país, sob a influência do movimento antimanicomial que surgia no continente

* Segundo *O Dicio*, Dicionário Online de Português, que não possui nem demonstra razão; sem-razão.

européu, passa a questionar esses hospícios por estarem em dissonância com os direitos humanos, segregando os indivíduos doentes mentais do convívio social.

Contudo, a situação do tratamento dos loucos no Brasil sofreu mudança drástica a partir da chamada Reforma Psiquiátrica.

1.2.1 Reforma Psiquiátrica

A reforma psiquiátrica foi um movimento que teve seu auge após a Segunda Guerra Mundial e foi marcado pelo combate ao modelo manicomial, que era comparado aos campos nazistas de concentração. Passou-se a criticar as estruturas asilares, vistas como meio de segregação e coerção. Daí nasce a noção de desinstitucionalização, não podendo ser entendida como desospitalização, mas uma redução no número de pacientes em internação hospitalar e uma reestruturação da saúde mental.

No Brasil, o processo de reforma psiquiátrica se iniciou na década de 1970 e teve como ponto principal a reivindicação da cidadania do louco. Surge em um período de redemocratização, em que havia forte crítica não somente ao subsistema de saúde mental, mas principalmente em relação ao conhecimento e às instituições psiquiátricas clássicas.

Foi somente a partir da década de 1980 que houve a intensificação da análise das condições dos hospitais psiquiátricos. É no final desta década que surgem duas importantes intervenções na rede hospitalar do país: a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil e as reformulações nas Casas de Saúde Anchieta, ambos situados na cidade de São Paulo.

A reforma psiquiátrica no âmbito legislativo somente surge no ano de 1989 com o Projeto de Lei de autoria do deputado estadual Paulo Delgado, que visava a regulamentação dos direitos dos pacientes portadores de doenças mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país.

No entanto, somente em 2001 é que o processo de desinstitucionalização passa a ser Lei Federal, reformulando a assistência voltada à saúde mental, consolidando, assim, o

processo de reforma psiquiátrica. A modificação do padrão de financiamento e assistência, priorizou os serviços extra-hospitalares.

Foi promulgada então a Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001, que dispõe acerca da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de doenças mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Esta lei considerada moderna indica um norte para a assistência psiquiátrica e prevê uma série de direitos para os indivíduos portadores de transtornos mentais.

Já no ano de 2002, surgiu uma portaria com diretrizes e normas para a assistência hospitalar visando uma reclassificação dos hospitais psiquiátricos. Com esta nova classificação, ficou estabelecido que devem ser internados somente pacientes com quadro temporário ou recente de doença, e não mais crônico, em que o paciente permanece em regime de longa internação.

A partir de 2003, o Governo Federal juntamente com o Ministério da saúde passa a fomentar os novos serviços extra-hospitalares, cuja rede visa a reinserção do paciente com transtorno mental em sua comunidade.

Portanto, atualmente no Brasil há recusa às internações de longa duração, sendo enfatizado os serviços extra-hospitalares, a fim de consolidar o processo de reabilitação social dos indivíduos acometidos de doenças mentais.

2-A loucura e o crime

Ao longo da história da psiquiatria, surge uma nova problemática: o “louco” como agente infrator. Daí surgiram diversas teorias com o intuito de explicar como se relacionavam a loucura e o crime, sendo que as duas principais foram a monomania e a degeneração.

A monomania homicida surge no início do século XIX, pela protopsiquiatria e tinha como objetivo explicar os crimes sem razão, em que o único sintoma da loucura seria o próprio crime. Já a degeneração surge no final do século XIX e é definida como desvios doentios de tipo normal da humanidade, que seriam transmitidas hereditariamente, sendo denunciadas inclusive numa degradação física.

Essas duas teorias influenciaram o surgimento do conceito de periculosidade das medidas de segurança, assim como também no surgimento do manicômio judiciário, instituição para a qual os “loucos” criminosos seriam destinados.

Com isso surge também um grande impasse na loucura criminosa: por ser ela considerada como incurável e juridicamente inimputável, passou-se a indagar quais seriam as justificativas utilizadas para se restringir a liberdade dos “loucos” criminosos.

É nesse contexto então que surge a noção de periculosidade. O portador de transtorno mental por ser privado da razão não poderia ser punido, mas por ser considerado um ser perigoso, deve ter restringida a sua liberdade.

Portanto, encontrada a noção de periculosidade do “louco” criminoso, surge a medida de segurança ligada à periculosidade e os manicômios judiciários, como instituição.

2.1- Os manicômios judiciários

No fim do século XIX e início do século XX, iniciam-se discussões que culminam no aparecimento de instituições para abrigar os chamados “loucos” criminosos. O manicômio judiciário surge como um local para abrigar os anômalos morais, ou seja, aqueles indivíduos tidos como intermediários entre a loucura e a sanidade, responsabilidade moral e irresponsabilidade.

O manicômio judiciário passa a ser um lugar de cura, passando a ter a função de proteger a sociedade do perigo representado pelos “loucos” criminosos, bem como o de tratamento curativo das doenças psíquicas.

Diferentemente dos asilos (instituições com mera função de abrigo ou recolhimento) e dos hospícios (espaços ou edifícios, administrados como partes dos hospitais gerais destinados exclusivamente aos alienados), os manicômios caracterizavam-se por acolher apenas doentes mentais e dar-lhes tratamento médico sistemático e especializado.

No Brasil, surge em 1903 a legislação que estabelece a construção de manicômios judiciários pelos estados, tendo sido inaugurado o primeiro manicômio judiciário no país apenas em 1921, no estado do Rio de Janeiro.

Em verdade, os manicômios judiciários representam a união entre os juízes e a psiquiatria, que passam a andar de mãos dadas para decidir os destinos dos indivíduos acometidos de doenças mentais e que praticam o crime.

Atualmente, a legislação brasileira denomina os manicômios judiciais de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). Essa instituição se caracteriza primordialmente por ser uma junção entre hospital psiquiátrico e prisão, destinada a receber indivíduos considerados doentes mentais.

2.2 Medida de Segurança

O portador de doença mental também é enxergado sob o ponto de vista jurídico como autor de crime. No âmbito do Direito, o portador de doenças mentais é considerado inimputável, ou seja, por não ter consciência dos seus atos não podem sofrer punição do Estado.

O Estado, como detentor do direito de punir, aplica sanção penal àqueles que cometem fato considerado como crime. A sanção penal subdivide-se em pena e medida de segurança. A pena é aplicada aos imputáveis, ou seja, aqueles indivíduos que têm consciência dos seus atos, e visa punir os mesmos quando da prática de condutas consideradas como crime. Já a medida de segurança é aplicada aos inimputáveis, indivíduos portadores de doenças mentais, que não podem ser considerados responsáveis pelos seus atos, e, portanto, devem ser tratados e não punidos.

Desse modo, a medida de segurança não é considerada uma pena, já que não visa a punição, mas tem como objetivo o tratamento do autor do crime, a fim de curá-lo, ou, na hipótese de ser acometido por doença mental incurável, torná-lo capaz de conviver em sociedade sem que volte a cometer crime.

Sendo assim, tem-se a ideia de que o indivíduo portador de doença mental ao cometer um crime deve ser submetido a tratamento adequado para que não volte a delinquir ou tenha aptidão de conviver no meio social de maneira harmoniosa.

No entanto, grande ponto de discussão é a forma como este indivíduo que por sua inimizabilidade precisa de tratamento adequado, poderá alcançar o resultado esperado pelo Direito, a fim de que não mais volte a cometer crimes e possa voltar ao convívio social.

O portador de doença mental então deverá ser conduzido a Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), cuja previsão encontra-se na Lei de Execução Penal, em seu artigo 99.

3- Referenciais Arquitetônicos

3.1 Sanatório Zonnestraal

O sanatório Zonnestraal fica localizado em Hilvers na província da Holanda do Norte. Foi construído para tratamento de tuberculose e projetado em 1925 pelos arquitetos Johannes Duiker e Bernard Bijvoet.

Figura 1: Edifício principal. Nesta imagem percebe-se a permeabilidade visual do espaço.



Fonte: Souza, 2013

O partido arquitetônico teve como fundamental condicionante o aproveitamento da insolação para banho de sol e ventilação naturais como principal terapia. Seu estilo teve

[V1] Comentário: MELHORAR ANÁLISE : PLANTAS, ARQUITETURA, ETC.... ESTRATEGIAS ARQUITETONICAS E O HOSPITAL DE CUSTODIA

[ep2] Comentário:

[ep3] Comentário:

características do movimento moderno, por oferecer uma solução no seu racionalismo formal.

Pizzolato(2014, pág. 208), aborda sobre o tema:

A solução plástica escolhida - com linhas retas lembrando uma arquitetura "náutica" e o uso de grelha de modulação (neste caso com medidas a partir de três por três metros) - tem influência de Le Corbusier que, em seu manifesto *Vers une architecture*, de 1923, já identificava a nova maneira de projetar como um "transatlântico", onde a racionalização do espaço em compartimentos mínimos e todas as prumadas técnicas visíveis obtinham soluções plásticas bastante ricas, influenciando na verdade toda a geração do movimento *Nieuwe Bouwen School*. Além disso, a possibilidade de utilizar grandes panos de vidro como vedação ao invés de paredes de alvenaria contribuiu para a utilização do sol como apoio da terapêutica e para a eliminação de toda e qualquer ornamentação capaz de reter poeira, gerando uma ambiência mais "austera" que garanta uma higienização mais fácil, capaz de conter a possibilidade de contaminação da tuberculose.

3.1.1 Principais diretrizes projetuais identificadas no projeto

A análise do projeto possibilitou a identificação de 4 diretrizes projetuais:

1. Percurso dinâmico; transparência /percepção simultânea de diferentes localizações espaciais através dos panos de vidro, favorecendo observação e controle do espaço.

Figura 2: Permeabilidade visual do ambiente.



Fonte: Pizzolato, 2014.

2. Espaços destinados aos funcionários para descanso e acompanhamento das atividades dos pacientes.

Figura
cabanas
bosque



3. Uma série de pequenas de madeira espalhadas pelo circundante.

Fonte: Souza, 2013.

3. Espaços para os internos, destinados ao desenvolvimento de atividades profissionalizantes.

Figura 4. Distribuição das diversas atividades em pavilhões e ateliês.



Fonte: Souza, 2013

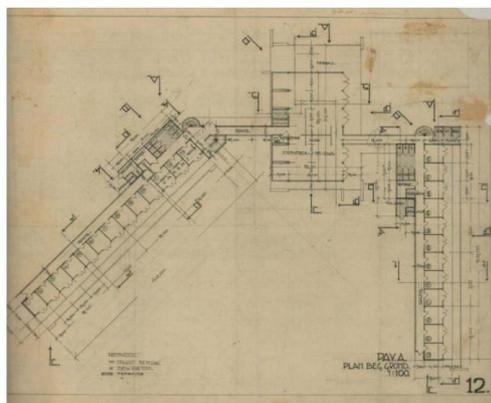
Figura 5. Oficina para diversas atividades terapêuticas.



Fonte: Souza, 2013

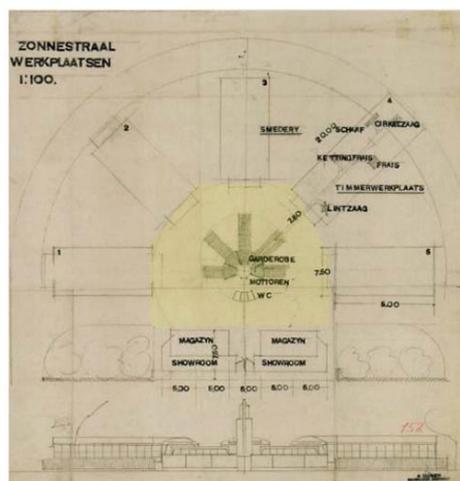
4. Espaços destinados à saúde física dos pacientes

Figura 6. A disposição dos ambientes permitem uma melhor ventilação cruzada bem como melhor incidência de luz solar.



Fonte: Souza, 2013.

Figura 7. Grande terraço para banhos de sol em comunicação com os pavilhões.



Fonte: Souza, 2013.

3.2 Casa do Sol – Rio de Janeiro

Segundo Sampaio (1988, p. 153, apud Fontes, 2003, p. 100), “o edifício hoje denominado de Casa do Sol foi inaugurado em 1956, com o objetivo abrigar a continuidade do trabalho desenvolvido no Instituto de Psiquiatria, criado em 1944, que funcionava em outra edificação da Instituição. Segundo o autor, embora fosse a mais nova das construções do complexo, o serviço ali instalado se filiava à tradição mais antiga do Instituto de Psiquiatria.”

[V4] Comentário: MELHORAR ANALISE SEMPRE FAZER REFERENCIA AO HOSPITAL DE CUSTODIA

A Casa do Sol é um edifício de seis pavimentos, construído nas décadas de 1940/50, que apresenta algumas características encontradas na Arquitetura Moderna: o predomínio da função sobre a forma, a presença de pilotis em parte do pavimento térreo, a preocupação com uma modulação estrutural, proporcionando alguma liberdade à planta e a utilização de brises-soleil nas fachadas norte e oeste. (Fontes, 2003, pág. 102)

Figura 8. Presença marcante da vegetação no pátio Sul da Casa do Sol.



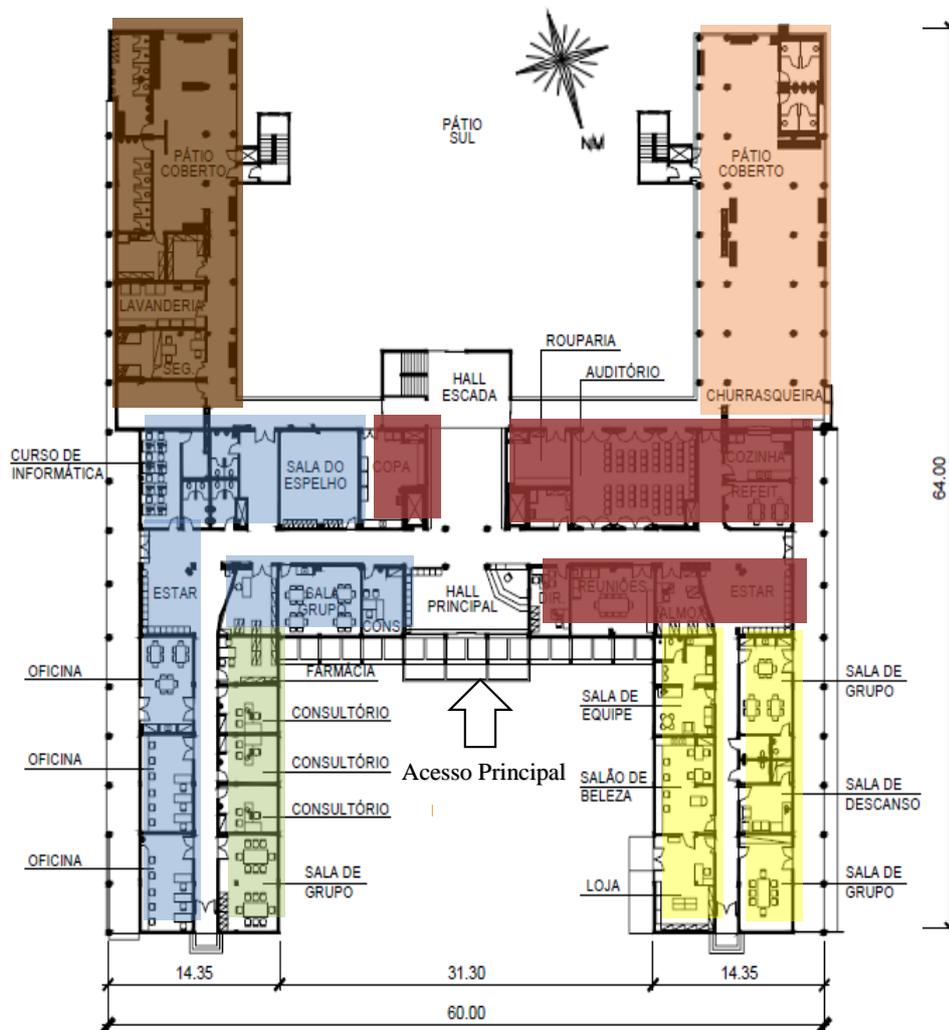
Fonte: Fontes, 2003.

Figura 9. Uso de brises-soleil na fachada principal da Casa do Sol para controle da insolação.



Fonte: Fontes, 2013

Figura 10. Pavimento térreo da Casa do Sol. Observa-se a setorização de todas as atividades.

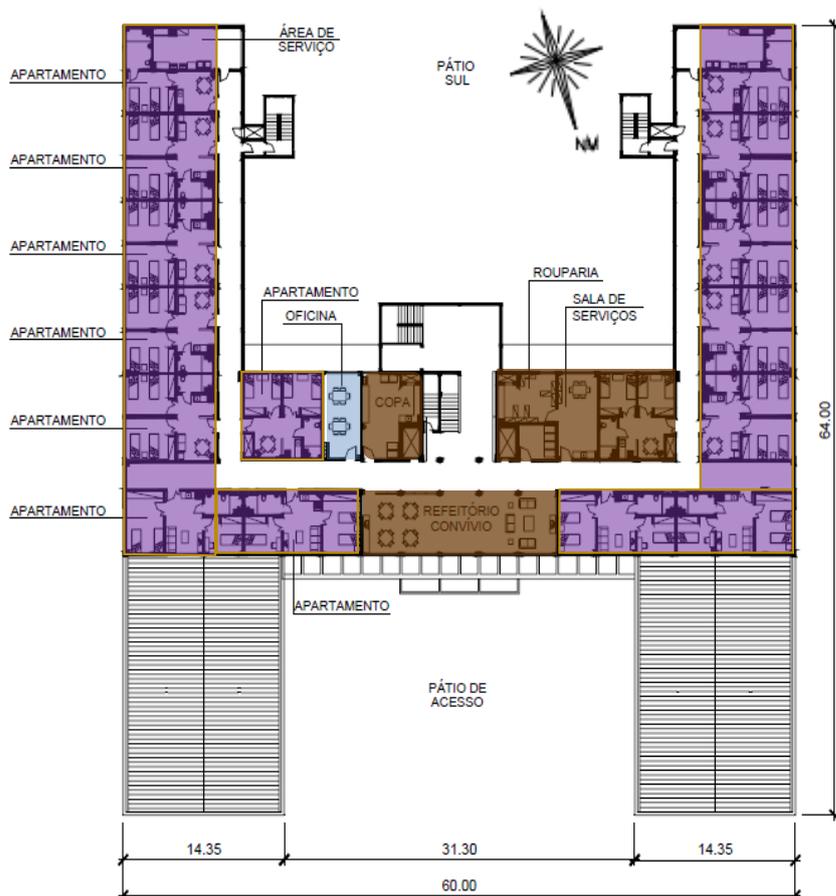


Fonte: Fontes, 2013.

LEGENDA

- TERAPIA OCUPACIONAL
- SAÚDE
- SERVIÇOS
- ADMINISTRAÇÃO
- PÁTIO COBERTO PARA ATIVIDADES AO AR LIVRE.

Figura 11. Pavimento tipo da Casa do Sol, proposta cria apartamentos ao invés de celas semelhantes aos antigos espaços asilares.



Fonte: Fontes, 2003.

LEGENDA

- ALOJAMENTOS DOS PACIENTES
- SERVIÇOS
- TERAPIA OCUPACIONAL

A estrutura física do edifício pouco pôde ser interferida, mas alguns ambientes foram reorganizados e adequados à reforma psiquiátrica

Listaremos a seguir, de forma sintética, as modificações que foram atingidas com o projeto de requalificação realizadas durante a pesquisa de campo de Fontes (2003):

- Novas salas de terapias (03 oficinas);
- Implantação de uma sala para curso de informática
- Implantação de um salão de beleza, a qual poderá servir para uso da comunidade, possibilitando o contato dos pacientes com mundo exterior, fato que vem a contribuir na reinserção social;
- Sala de descanso para funcionários;
- Auditório para reuniões, palestras e treinamento de pessoal;
- Expansão do centro de convivência;
- Valorização dos pátios;
- Maiores aberturas dos vãos de iluminação,
- Desenvolvimento de diferentes tipos de apartamentos;
- Os banheiros receberam, conforme necessidades, equipamentos para portadores de deficiência de locomoção, como barra de apoio e bancos;

As informações levantadas na pesquisa realizada por Fontes (2003), como já citado, foram conseguidas paralelas ao projeto de requalificação, elas se converteram em subsídios úteis para o desenvolvimento de novos projetos de ambientes neste setor. Os dados demonstrados a seguir foram obtidos da sua dissertação de mestrado, neles são revelados os aspectos obtidos pela pesquisa realizada com profissionais e clientes da Casa do Sol e que podem servir como diretrizes para uma nova intervenção em instituições asilares para sofrendores de doença mental. Destacam-se as seguintes:

[V5] Comentário: ESTES PODEM SER OS CRITÉRIOS PARA ANÁLISE DO SEU PROJETO!!!

3.2.1 Espaços de convívio x espaços de isolamento

Os espaços de convívio demonstraram, ao longo da pesquisa, o seu potencial dentro das novas perspectivas da saúde mental, além de representarem uma contraposição veemente à antiga prática do isolamento. Já que o objetivo final é a reinserção ou a manutenção do indivíduo na comunidade, as instituições procuram estimular o exercício da vida social, através da criação de espaços que favoreçam o encontro e as trocas sociais. (Fontes, 2003, p. 158).

3.2.2 A inversão do esquema panótico

A pesquisa de campo revelou uma interessante proposta de “inversão” do esquema panótico. Segundo algumas das entrevistas realizadas, além de dados e imagens surgidos nos questionários, os novos espaços também deveriam se organizar em torno de um ponto central, conforme o esquema panótico. Este centro, pela sua própria localização, seria o espaço a favorecer a convivência e o encontro das pessoas. (Fontes, 2003, p. 159).

3.2.3 A neutralização da imagem do manicômio

Os novos espaços em nada devem lembrar os antigos espaços asilares, que ainda representam uma imagem de forte impacto. Elementos como grades, cobogós e o mobiliário fixo, em concreto ou alvenaria, possuem uma conotação negativa no imaginário das pessoas que frequentaram estes espaços. A simetria, a compartimentação, a escala, também são elementos a serem trabalhados com cautela. Nas intervenções em espaços existentes, cresce a importância de identificar e neutralizar os elementos que conferem ao espaço o aspecto manicomial. (Fontes, 2003, p. 159)

3.2.4 A integração com a comunidade

A participação da comunidade tem se mostrado um fator de extrema importância para o sucesso das propostas da Reforma Psiquiátrica. Portanto, os novos espaços devem se abrir para o espaço da comunidade, dentro da medida do possível, dadas as condições de insegurança oferecidas por algumas comunidades. Esta abertura poderia se dar através da prestação de serviços ou da criação de espaços comunitários, como praças, quadras de esportes, feiras para a venda de produtos fabricados pela clientela etc. (Fontes, 2003, p. 159)

3.2.5 A ligação com o espaço exterior

No caso estudado, constatou-se o desejo, amplamente revelado nos questionários e entrevistas, de que os espaços da saúde mental se abram para o exterior, contando com maiores vãos de iluminação e ventilação. Este fato foi também comprovado pela preferência que os usuários (clientes e funcionários)

apresentam pelos jardins e pátios da Instituição. A abertura para o espaço exterior permite, também, que se possa acompanhar a passagem do tempo (se é dia, se é noite). A noção da passagem do tempo, segundo os profissionais, é um elemento importante a ser trabalhado com os clientes, no sentido de neles incorporar a capacidade de lidar com as rotinas. (Fontes, 2003, p.161).

4- Objeto de Estudo: Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Sergipe

4.1 Localização

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Sergipe (HCTP-SE) foi inaugurado em 1985. Está localizado na Rua Argentina, 421 – Bairro América – Aracaju –Se. Na unidade funcionou um centro de saúde, vizinho às antigas instalações do presídio feminino e do centro de detenção, hoje desativado.

A seguir, faremos a análise da edificação:

Figura 12: Localização

[V6] Comentário: Melhorar desenho

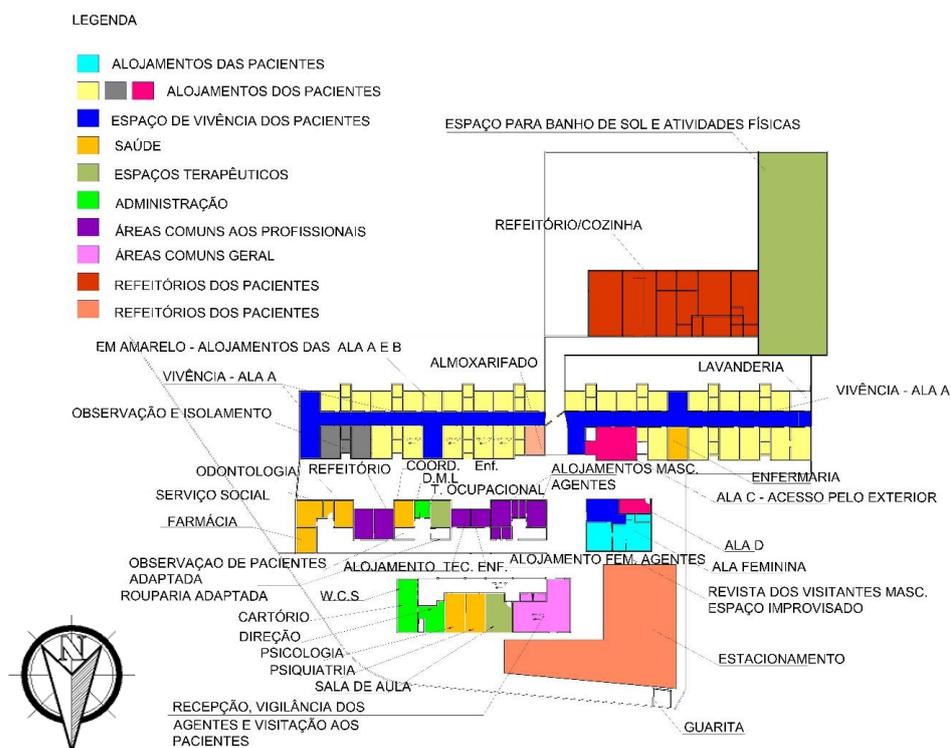


Fonte: Adaptado pelo autor

Notou-se que o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Sergipe está localizado entre às Avenidas Desembargador Maynard e Tancredo Neves e próximo ao Terminal Rodoviário Gov. José Rollemberg Leite. Desta forma, a mobilidade das pessoas que visitam seus parentes no HCTP é favorecida, já que o Hospital se localiza em um eixo de ligação entre os bairros de Aracaju, bem como com cidades do interior sergipano.

4.2 Espaço físico

Figura 13. Planta de setorização e programa de necessidades



[V7] Comentário: Escrever texto a respeito da setorização

Fonte: Planta baixa adaptada pelo autor

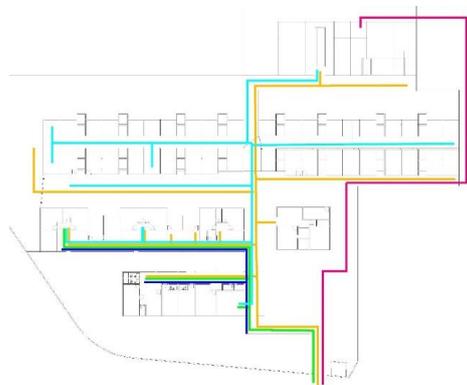
Ao analisar a setorização do atual HCTP percebemos que, pelo fato desse espaço não ter sido planejado para funcionar como Hospital, foram realizadas muitas adaptações dos espaços, onde é notória a falta de setorização dos ambientes. A configuração arquitetônica assemelha-se a um labirinto, já que não há uma permeabilidade visual de todo espaço entorno, fato que impossibilita uma maior observação dos comportamentos diários dos internos. As atividades terapêuticas não são voltadas para o pátio destinado ao banho do sol dos pacientes, impossibilitando a realização de várias atividades terapêuticas simultaneamente, já que há um baixo efetivo de pessoal. Esse fato faz com que os internos fiquem segregados nos corredores das alas (vivência) por boa parte do dia. A situação mais crítica é dos pacientes da Ala C, a qual possui dois quartos voltados para parte externa Norte e não possuem corredores. Nessas alas ficam os pacientes que apresentam maior grau de distúrbio mental. Essa segregação em

relação aos demais pacientes parte de uma estratégia de segurança para os mesmos, já que não há um posto de observação direta nas alas, fator que não garante que esses internos não sejam violentados e maltratados por outros pacientes em função de suas limitações mentais. Esses internos da Ala C por apresentarem maior sofrimento de transtorno mental deveriam ficar em um espaço mais aberto, com maior área de vivência.

4.3 Fluxos

Figura 14. Principais fluxos dos funcionários, visitantes e pacientes.

[V8] Comentário: Escrever texto fluxos



Fonte: Autor

— PROFISSIONAIS DE SEGURANÇA - O fluxo dos profissionais de segurança e saúde se dá em todo o espaço do HCTP, os pontos mais críticos são os de acessos às alas e refeitório dos pacientes, onde há um contato direto com os internos. Devido à configuração arquitetônica, esses profissionais não se sentem seguros, pois não são vistos pela equipe de segurança externa, já que não há uma permeabilidade visual do espaço.

— PACIENTES – o fluxo dos pacientes nas áreas externas é bastante crítico e se dá com bastante vigilância, pois há risco constante de fugas devido aos diversos pontos cegos no perímetro do hospital.

— PROFISSIONAIS TERCEIRIZADOS – os funcionários de serviços têm acesso à toda parte administrativa, ficando vedada a aproximação às alas dos pacientes.

— FUNCIONÁRIOS DA COZINHA – a cozinha que atende à demanda do HCTP servia também às antigas instalações da Casa de Detenção de Aracaju e antigo Presídio Feminino, todo o fluxo de pessoal e alimentos se dava pela C.D.A. Com a desativação todo o fluxo passou a ser pelo HCTP. Observa-se que o estacionamento para carga e descarga não se encontra próximo ao setor de cozinha.

— VISITANTES - fluxo principal dos visitantes chega pela recepção onde ocorre a visita aos pacientes. Podem também visitar outros setores como cartório, serviço social, desde que acompanhados.

4.4 Conforto Ambiental

Figura 15. Volumetria do atual HCTP



Fonte: Autor

A partir das observações feitas no conjunto de edificações que compõem o HCTP, conclui-se que há uma formação de barreiras, causando deficiências na ventilação natural do ambiente. Observou-se também que no pátio destinado ao banho de sol e prática esportiva possui toda pavimentação em concreto, não há presença de vegetação e está voltada para a porção oeste, fatores que favorecem à formação de ilhas de calor, principalmente no período da tarde.

5- Depoimentos dos profissionais e funcionários

Durante os 8 anos que o autor trabalha no HCTP ouviu várias reivindicações dos funcionários relacionadas tanto à situação de segregação dos internos, quanto à segurança na realização das atividades, fatores que o incentivou na escolha do tema.

A seguir, as principais solicitações para o novo Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Sergipe e problemáticas de alguns espaços físicos observados a partir de entrevistas, convívio diário e conversas informais:

5.1 Espaço físico de atuação dos agentes e equipe de enfermagem

A principal insatisfação dos agentes prisionais e equipe de enfermagem é a falta de segurança durante o fornecimento das refeições, bem como no fechamento dos alojamentos. Nesses setores os agentes não são visualizados pela equipe externa, dependendo da comunicação com rádios transmissores e armas não letais tais como taser (pistola de choque elétrico) e tonfas (cassetetes) para tentar inibir e reprimir qualquer atitude de agressão.

Outro fator bastante abordado foi o fato dos ambientes destinados às atividades terapêuticas e de saúde não se concentrarem num mesmo setor, o que inviabiliza a realização de várias atividades ao mesmo tempo, visto que o número de profissionais da segurança encontra-se reduzido.

5.1.2 Espaço para atividades terapêuticas

Percebeu-se a falta de espaços físicos adequados para a realização de ensino profissionalizante, para a terapia ocupacional, para atividade física e banho de sol. O espaço destinado à prática de esportes e banho de sol encontra-se desativado devido a demolição de parte do muro, ocasionada por fortes chuvas. No início desse trabalho de conclusão de curso, em 2014, o banho de sol aos internos estava sendo ofertado de forma improvisada no bloco paralelo à ala A, nesse espaço não era possível a prática de atividades físicas devido a declividade do terreno.

A sala destinada à terapia ocupacional, antes pertencente à equipe de enfermagem, possui 12m². Esse setor foi adaptado e nele são atendidos no máximo 4 internos ao mesmo tempo.

O ensino profissionalizante acontece em alguns períodos do ano. É notória a falta de ambientes apropriados. Por exemplo, o curso de culinária, ofertado pela primeira vez, foi realizado no refeitório da equipe de profissionais do HCTP. Outro exemplo é o curso de cabelereiro, o qual inicialmente foi ministrado na sala reservada ao ensino de alfabetização e

supletivo, já a parte prática foi realizada de forma adaptada no espaço de circulação que dá acesso aos setores de assistência social, farmácia e odontologia. A parte hidráulica para lavagem de cabelos foi adaptada com mangueiras e o esgotamento foi despejado nas calhas de drenagem.

Outra atividade realizada com certa regularidade é de musicalização, porém, devido a falta de espaço físico destinado à aula de música, o curso é realizado ao lado do estacionamento, à sombra das poucas árvores existentes.

A diretora da unidade explanou sobre a necessidade de um espaço multiuso que possa ser adaptado às diversas atividades desenvolvidas durante o ano. Também mencionou sobre a necessidade de um pequeno auditório, que servirá para diversas situações, tais como: treinamento de pessoal, reuniões, apresentações teatrais com a participação dos familiares dos pacientes, apresentações musicais, encontros religiosos, etc.

Figura 16. Espaço físico inadequado para a realização de aulas de musicalização



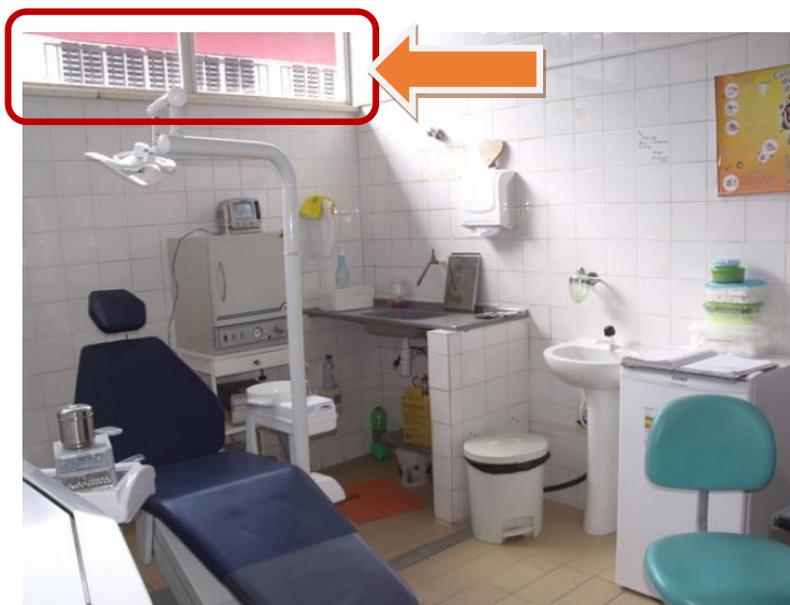
Disponível em: <<http://www.sejuc.se.gov.br/site/sistema/noticia/1377793883.jpg>> Acesso em ago.

2014.

5.1.3 Alojamentos dos pacientes

Os alojamentos são dispostos uns de frente para os outros. Alguns quartos possuem o aspecto sombrio, devido à pouca incidência da luz solar. Não possuem janelas com vidro, já que o risco de serem danificados e transformados em arma é muito grande. Alguns internos reclamam que seus alojamentos são pouco ventilados e escuros durante o dia. A entrada de luz e ventilação natural são feitas através de cobogós, protegidas com grades na parte exterior (ver figura 17)

Figura 17. Setor de odontologia – área destacada mostra sistema de ventilação e iluminação dos alojamento dos pacientes



Disponível em: <http://www.infonet.com.br/sysinfonet/images/secretarias/cidade/grande-odonto_sejuc_23102010.jpg> Acesso em ago. 2014

5.1.4 Espaço de convivência dos pacientes

O HCTP possui duas alas principais, A e B. Na parte anexa a essas alas existem quatro alojamentos (quartos) especiais que têm acesso pelo exterior. Dois deles são destinados a observação de internos recém-chegados de presídios ou delegacias, bem como para os que se encontram agitados. Nos outros dois ficam os internos ameaçados e mais debilitados.

Durante o dia os internos ficam segregados nos corredores das alas. Nesses espaços não há a incidência direta de raios solares e nem um lugar de convivência adequado. Percebeu-se que os internos se distraem jogando baralho ou dominó, e por falta de um mobiliário adequado, eles forram o piso com papelão ou capa de colchão.

5.1.5 Local de visita

A falta de um espaço adequado destinado à visitação também foi abordada. As visitas dos parentes aos pacientes são realizadas na recepção destinada à vigilância dos agentes. Esse espaço é insuficiente. As visitas anteriormente ocorriam na terça (pela manhã) e quinta (à tarde) para todos os pacientes, mas com o aumento do número de visitantes, esses dias foram divididos entre alas. Na terça pela manhã ocorre visita para uma ala; e na quinta para outra. Nota-se que, com essas medidas, a quantidade de contato dos pacientes com os familiares foi reduzida. Outro aspecto relevante é a falta de privacidade dos pacientes com os parentes, devido a inadequação do espaço.

Figura 18. Recepção dos agentes prisionais onde são realizadas as visitas de forma adaptada e precária. Na imagem serviços de teste glicêmico, pressão arterial e índice de massa corporal foram realizados pelo SESI.



Disponível em: <<http://sesi.alfamaweb.com.br/sgw/data/1/news/9/9cd62ba208b818635fe7c0285c4d424d.JPG>>

Acesso em ago. 2014.

Figura 19. Recepção dos agentes prisionais onde são realizadas as visitas de forma adaptada e precária. Na imagem o espaço está sendo utilizado para realização de missa.



Disponível em: <http://www.sejuc.se.gov.br/sejuc/ver_noticia.php?id_noticia=2485&hash=23c6acf4a59f86b2caf445a9f0bd9721> Acesso em ago. 2014

5.1.6 Local de espera para entrada dos visitantes

A figura 20 mostra visitantes aguardando o horário de entrada para as visitas. Percebe-se a falta de um abrigo para os dias ensolarados bem como para os dias chuvosos.

Figura 20. Acesso principal - Falta de abrigo para visitantes



Fonte: Google Earth.

5.1.7 Alojamentos dos funcionários

Os agentes prisionais possuem três alojamentos, dois masculinos e um feminino, os quais não atendem a atual demanda de profissionais.

A equipe de técnicos em enfermagem só possui um alojamento, fato muito abordado pelas pelos técnicos, pois quando há homens e mulheres no mesmo dia de plantão, camas são improvisadas com bancos e colchões na sala do coordenador da enfermagem.

Outro aspecto é que não existem alojamentos para enfermeiros e psiquiatras, fato que impossibilita que esses profissionais permaneçam no período noturno no HCTP e façam um acompanhamento melhor dos pacientes que se encontram agitados ou venham a ter algum surto.

5.1.8 Refeitório dos funcionários

O atual refeitório passou por uma reforma, mas não comporta todos os funcionários ao mesmo tempo, daí a necessidade de mesas com cadeiras no corredor de acesso. Outro aspecto observado é o fato de não possuir iluminação e ventilação natural, pois os cobogós existentes foram vedados após a instalação de ar condicionado.

5.1.9 Recepção e área de vigilância dos agentes prisionais

Um dos fatos mais citados pelos agentes foi que a recepção é um espaço totalmente aberto. Como foi abordado, nesse espaço também ocorrem as visitas aos internos, e durante a noite os agentes fazem vigilância da unidade, mas de forma insegura, já que os muros do HCTP são baixos, e o risco de pessoas externas adentrarem é muito grande.

5.1.10 Perfil dos internos

A população total do HCTP-SE em setembro de 2014 era de 87 pessoas internadas, 81 do sexo masculino e 6 do sexo feminino, entre as quais 44 em medida de segurança e 43 em situação provisória de internação.

Tabela 1. Quantidade de pacientes por faixa etária:

IDADE	M	F
18 A 21 ANOS	5	0
22 A 24 ANOS	5	0
25 A 29 ANOS	11	1
30 A 34 ANOS	16	1
35 A 45 ANOS	26	3
46 A 60ANOS	14	1
MAIS DE 60 ANOS	2	0
ND	2	0
MENOR DE 18 ANOS	0	0

Fonte: Cartório do HCTP, adaptado pelo autor.

5.2 Considerações

Identificamos que o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Sergipe antes abrigou um centro de saúde, e como consequência, muitos ambientes foram adaptados. A seguir uma síntese das observações e dos depoimentos dos funcionários, listando os principais problemas que nos levaram a propor um novo modelo de hospital:

- Espaço não planejado para funcionar como HCTP, apresentando aspecto de prisão e não de um hospital para tratamento de saúde mental.
- Os pacientes ficam segregados nos corredores das alas, pois não existe um espaço de convivência mais amplo e humanizado, com presença de vegetação;
- Falta de espaços adequados para a prática de atividades físicas, para terapias ocupacionais, para as oficinas profissionalizantes, para prática religiosa, para reunião, para palestras, para treinamento de pessoal;
- Ausência de pátio para visitas dos familiares que comporte um maior número de visitantes;

- Ausência de pátio externo coberto para visitantes e familiares;
- Número de alojamentos para profissionais insuficientes,
- Alojamento dos internos não possuem boa iluminação e ventilação naturais;
- Espaço de vigilância dos agentes prisionais inseguro, principalmente no turno da noite.

6 O projeto do novo Hospital: A contribuição da arquitetura

6.1 Escolha do terreno

Optou-se por fazer o novo Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Sergipe no local onde está implantado o atual HCTP por estar situado em um eixo de ligação entre diversos bairros de Aracaju, bem como com cidades do interior sergipano.

Para tornar o terreno mais regular foram incorporados os lotes 459 e 467, bem como o do antigo Presídio Feminino, conforme mapa abaixo. Essa estratégia partiu para garantir que a edificação tenha uma leitura única do ambiente construído.

Figura 21. Terreno escolhido



Fonte: Google Earth, adaptado pelo autor.

LEGENDA:

- INCOPORAÇÃO DOS LOTES 459 E 467 (atualmente ocupados por galpões subutilizados).
-
-

ATUAL HCTP

ANTIGO PRESÍDIO FEMININO

ÁREA TOTAL DO TERRENO=7025.61 m²

6.2 Partido Arquitetônico

O partido da proposta será o aproveitamento de espaços abertos com luz e iluminação naturais como elementos terapêuticos, e o conceito de segurança menos opressiva.

Outro elemento importante na concepção do projeto são as alas destinadas aos pacientes com espaços de convivência e permeabilidade visual para um pátio com forte presença de vegetação.

A legislação federal ainda não estabelece diretrizes detalhadas sobre como deverão ser os novos espaços arquitetônicos de saúde mental, contudo, recomenda que sejam analisadas, no que se refere aos seus projetos, as normas que regem a construção de Estabelecimentos de Assistência à Saúde em geral (RDC 50, do Ministério da Saúde).

Ainda neste aspecto, Fontes (2003, p. 71), discorre que “como a Lei não determina modelos e tipologias arquitetônicas ideais, nem sequer se definiram ainda programas mínimos para as instalações físicas necessárias ao provimento da assistência, cada instituição tem procurado adaptar suas instalações às novas formas de tratamento por ela preconizadas, a partir de suas demandas e especificidades espaciais.”

6.3 Programa de necessidades

Seguindo a metodologia proposta por Fontes (2003), elaborou-se o programa de necessidades, onde incluiremos alguns ambientes necessários percebidos de forma empírica através de nossa pesquisa:

Pavimento térreo:

- Pórtico/Guarita
 - Guarita;

- W.C;
- Espera para visitantes;
- Espaço Multiuso
 - Sala para Educador Físico;
 - W.C.s Masculino e Feminino;
 - Auditório;
 - Palco;
 - Depósito de equipamentos;
 - Revista/guarda volumes;
 - Posto de enfermagem e observação;
- Serviços
 - Lavanderia;
 - Rouparia;
 - Almojarifado;
 - Elevador;
 - Cozinha
 - Vestiário Masculino e Feminino/W.C;
 - Pré-higienização;
 - Pré-preparo de sucos, bolos e massas;
 - Câmara fria;
 - Sala de Nutricionista;
 - D.M.L.;
 - Higienização de utensílios;
 - Distribuição de alimentos;
 - Devolução de utensílios;
- OBSERVAÇÃO PARA PACIENTES (4 UN)
- Refeitório para pacientes;
- Quadra poliesportiva;
- Visitação aos pacientes;
- Vivência para pacientes;
- Quiosque para apoio e vigilância;

Pavimento superior:

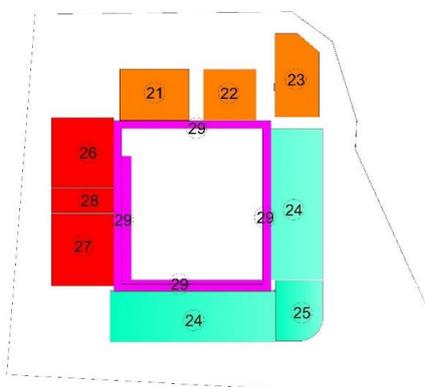
- Administração
 - Recepção;
 - W.C. Masculino e Feminino;
 - Sala de inspetor de dia/monitoramento/W.C.;
 - Cartório;
 - Sala de reunião;
 - Diretoria/W.C.;
 - D.M.L;
 - Sala de inspetor geral/W.C.;
- Alojamentos dos funcionários
 - Alojamento para agentes (2 un.)/W.C.;
 - Alojamento para técnicos de enfermagem (2 un.)/ W.C.;
 - Alojamento para enfermeiro/ W.C.;
 - Alojamento para médico;
- Refeitório para funcionários
 - Refeitório;
 - Sala de descanso;
- Alojamentos dos pacientes (8 un. com a capacidade para 9 pacientes por apto, totalizando a capacidade máxima de 72 internos)
 - 3 quartos, cada um com capacidade para 2 pacientes;
 - 1 quarto, com capacidade para 3 pacientes;
 - W.C.;
 - Circulação;
 - Sala de estar ;
- Setor de saúde
 - Sala de macas;
 - Sala para curativos;
 - Consultório Médico;
 - Sala de consulta Psicológica;
 - Sala para atendimento do Serviço Social;
 - Odontologia;
 - Coordenação de Saúde;

- Farmácia;
- Posto de enfermagem;
- Isolamento (internação/repouso);
 - Antecâmara
- Setor Terapêutico
 - Salas de aula (2 unidades);
 - Sala de informática;
 - Sala de música;
 - Sala multiuso;
 - Sala para terapia ocupacional;

6.3 Setorização



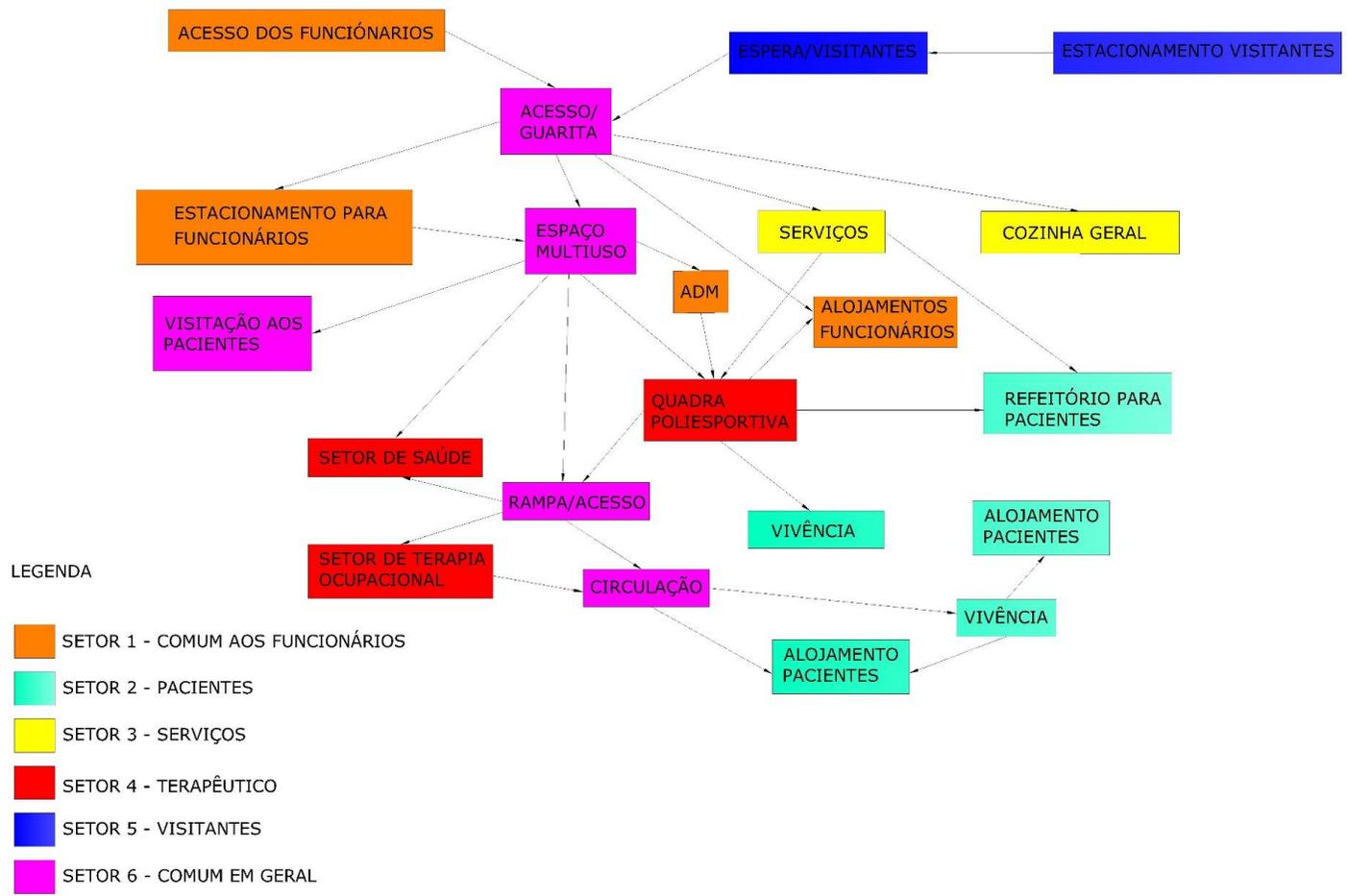
SETORIZAÇÃO - PAVIMENTO SUPERIOR



- LEGENDA
- SETOR 1 - COMUM AOS FUNCIONÁRIOS
 - SETOR 2 - PACIENTES
 - SETOR 3 - SERVIÇOS
 - SETOR 4 - TERAPÊUTICO
 - SETOR 5 - VISITANTES
 - SETOR 6 - COMUM EM GERAL
- UPERIOR S
- 11 COZINHA
 - 12 REFEITÓRIO PACIENTES
 - 13 VIVÊNCIA PACIENTES
 - 14 VISITAS AOS INTERNOS
 - 15 HORTA
 - 16 RAMPA
 - 17 QUADRA POLIESPORTIVA
 - 18 ESTAÇÃO DE TRATAMENTO DE ESCOTO
 - 19 ESTACIONAMENTO
 - 20 SERVIÇOS / OBSERVAÇÃO
 - 21 ADM
 - 22 ALOJAMENTOS FUNCIONÁRIOS
 - 23 REFEITÓRIO/ VIVÊNCIA FUNCIONÁRIOS
 - 24 ALOJAMENTOS PACIENTES
 - 25 VIVÊNCIA PACIENTES
 - 26 SETOR DE SAÚDE
 - 27 TERAPIA OCUPACIONAL
 - 28 ACESSO SETORES SAÚDE E OCUPACIONAL
 - 29 CIRCULAÇÃO EXCLUSIVA PARA FUNCIONÁRIOS

QUADRO DE ÁREAS COMPARATIVO DOS PRINCIPAIS SETORES			
ATUAL HCTP		NOVO HCTP	
SETOR	ÁREA (m ²)	SETOR	ÁREA (m ²)
TERRENO	5.424,62	TERRENO	7.025,61
ALOJAMENTOS PACIENTES/ VIVÊNCIA	824,94	ALOJAMENTOS PACIENTES/ VIVÊNCIA	2.901,79
SETOR TERAPÊUTICO	1.020,00	SETOR TERAPÊUTICO	1.790,00

6.4 Fluxograma



Fonte: Autor

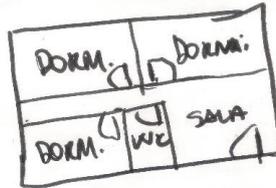
6.5 Estratégias do projeto

RELAÇÃO VERDE



Necessidade de um espaço com presença marcante de vegetação.

LEMBRANÇAS DO LAR



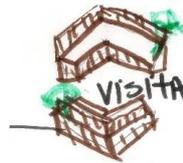
Projetar um ambiente que lembre a convivência em família.

CULTURA RELIGIOSA



Influência da religião para o processo de reinserção social.

PRIVACIDADE



Bancos para visitação posicionados para garantir uma maior privacidade entre o interno e seus familiares.

IDENTIDADE



O paciente deve ser enxergado como capaz de voltar ao convívio familiar e social.

CONTATO COM O MUNDO EXTERIO

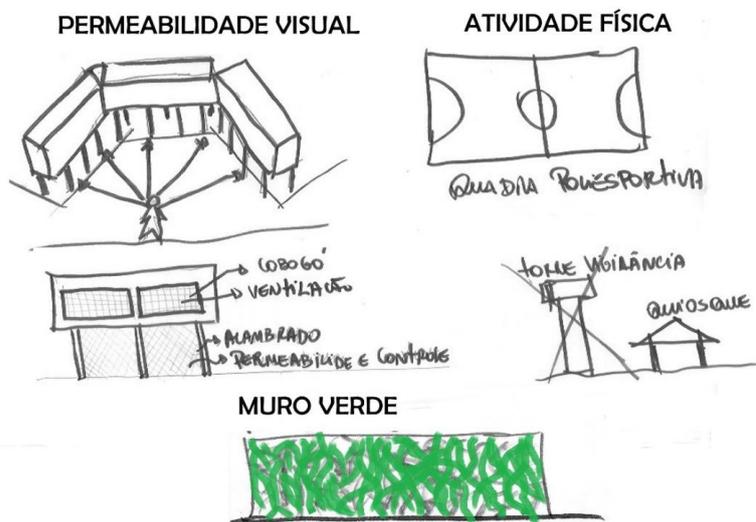


REFLEXÃO



Garantia de espaços para que o paciente possa se isolar dos outros quando sentir necessário

ESTRATÉGIAS DE OBSERVAÇÃO E CONTROLE, ATIVIDADE FÍSICA E LAZER



6.6 Índices Urbanísticos

O terreno onde será implantado o novo HCTP está localizado na Zona de Adensamento Básico 2. A seguir, listaremos seus índices urbanísticos:

Tabela 2. Tabelas de critérios de ocupação do solo

ZONA	PAV.	RECUO MÍNIMO FRONTAL	RECUO MÍNIMO DE FUNDO	RECUO MÍNIMO LATERAL	ALTURA MÁXIMA	TAXA DE OCUPAÇÃO MÁXIMA
Z A B	1º (Térreo)	3m para vias coletoras II e locais	ISENTO	Isento	A que o lote permitir desde que resguardado o coeficiente aproveitamento máximo de Anexo IV e recuos mínimos	90% Desde que resguardados os recuos mínimos
	2º		1.50m			
	3º	5m para vias coletoras I, expressas e principais	1.50m			
1 e 2	4º em Diante		RF = 1.5 ± 0.2 (NP-5) Desde que resguardados os recuos mínimos acima	R _l = 1.5 ± 0.2 (NP-5) Desde que resguardados os recuos mínimos acima		40% Desde que resguardados os recuos mínimos

Fonte: Anexo III do Plano diretor de Aracaju em vigência.

Tabela 3. Tabela de Coeficientes de Aproveitamento

ZONA OU ÁREA DE DIRETRIZ ESPECIAL	COEFICIENTES MÁXIMOS DE APROVEITAMENTO	REQUISITOS DE INFRAESTRUTURA BÁSICA NECESSÁRIOS PARA ZONA, ÁREA DE DIRETRIZ ESPECIAL OU EMPREENDIMENTOS
ZAB 1 E	4.00	Sistema Viário, Redes Elétricas, de Água, Drenagem e de Esgotos Sanitários implantados.
	3.50	Sistema Viário, Redes Elétricas, de Água, e de Drenagem e Sistema de Esgotos Sanitários projetados. Projeto alternativo para tratamento de esgoto do empreendimento aprovado pelos Órgãos competentes.
ZAB 2	3.00	Sistema Viário, Redes Elétricas, de Água, e de Drenagem projetadas, Projeto alternativo para tratamento de esgoto do empreendimento aprovado pelos Órgãos competentes.

Fonte: Anexo IV do Plano diretor de Aracaju em vigência.

Tabela 4. Estacionamento por edificações

CATEGORIA DE USO	CLASSIFICAÇÃO DA VIA	EDIFICAÇÕES	NÚMERO MÍNIMO DE VAGAS (*)	NÚMERO MÍNIMO DE VAGAS PARA DIFICENTES FÍSICOS EM EDIFÍCIOS PÚBLICOS	
RESIDENCIAL	Expressa Arterial Principal Coletora		1 vaga por unidade		
	Local	unidades $\leq 40,0m^2$	1 vaga para cada 3 unidades		
		$40,0m^2 < unidade \leq 60 m^2$	2 vagas para cada 3 unidades		
		unidade $\geq 60m^2$	1 vaga por unidade		
NÃO RESIDENCIAL	Expressa Arterial Principal	unidades $\leq 50,0m^2$	1 vaga por unidade		
		$50,0m^2 < unidade \leq 500m^2$	1 vaga para cada 50m ² de área líquida ou fração de cada unidade	1 vaga especial para cada 25 vagas convencionais ou fração	
		unidade $\geq 500 m^2$	10 vagas + 1 vaga para cada 60m ² excedentes aos 500m ²	de 101 a 300 vagas: 4 vagas para 100 primeiras vagas, acrescidas de 1 vaga para cada 50 vagas restantes	
	Coletora	unidades $\leq 60,0m^2$	isento		
		$60,0m^2 < unidade \leq 500m^2$	1 vaga para cada 50m ² de área líquida ou fração de cada unidade	1 vaga especial para cada 25 vagas convencionais ou fração	
		unidade $> 500m^2$	10 vagas + 1 vaga para cada 60m ² excedentes as 500m ² de área líquida excedente	de 101 a 300 vagas: 4 vagas para 100 primeiras vagas, acrescidas de 1 vaga para cada 50 vagas restantes	
	Local	unidades $\leq 50,0m^2$	isento		
		$50,0m^2 < unidade \leq 100,0m^2$	1 vaga por unidade		
			unidade $> 100m^2$	1 vaga para cada 60m ² de área líquida ou fração de cada unidade	1 vaga especial para cada 25 vagas convencionais ou fração

Fonte: Anexo X do Plano Diretor de Aracaju em vigência

6.6 Legislação Pertinente:

Durante a fase projetual do novo HCTP, utilizamos, de forma preliminar, as seguintes legislações:

- **Lei Nº 10.216, de 6 de Abril de 2001.** - Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
- **RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002.** Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.
- Diretrizes Básicas para Arquitetura Penal, Resolução 9, de 18 de novembro de 2011, Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária do Ministério da Justiça, CNPCP-MJ- Esta resolução é referência para todas as obras nacionais com fins penais, representando o acúmulo político e social do Estado Democrático de Direito e o conhecimento científico disponível.

7 Considerações finais: O futuro dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

Em 16 de agosto do corrente ano, tive a honra de ser convidado para apresentar esta proposta do novo Hospital ao Conselho de Saúde do Estado. Este conselho possui um grupo de trabalho formado por membros do Ministério Público, Hospital de Custódia, Secretaria Estadual e Municipal de Saúde, Vigilância Sanitária e Secretaria de Educação. Nesta ocasião, discutiu-se a transformação da nomenclatura do HCTP em Centro de Custódia para Tratamento Psicossocial o que significa que a linha de cuidado atenderia a legislação vigente pelo Ministério da Saúde como disposto na Reforma Antimanicomial. O novo dispositivo atenderia os delitos recorrentes de usuários em crise, ou seja, seria uma espécie de CAPS (Centro de Atenção Psicossocial). O grupo também discutiu a transformação da estrutura de presídio que o atual HCTP apresenta para a linha de cuidado hospitalar. Essa mudança tem como parâmetro a reforma antimanicomial. Prevê a retirada de grades dos quartos, abertura direta das alas para o pátio destinado ao banho de sol, setorização das atividades voltadas para o pátio. A proposta arquitetônica aqui apresentada foi bastante elogiada, pois a configuração arquitetônica, segundo os membros presentes, descaracteriza-se de um lugar de punição a indivíduos, pois os pacientes ficarão mais livres e melhor observados, já que a edificação permite a observação de todo o espaço de qualquer ponto do pavimento térreo. Sugeriram que o nosso projeto servisse como modelo para futuras reformas no atual HCTP, já que alegam que o estado não teria condições de executar nossa proposta.

Este projeto não está atrelado às possibilidades e vontades políticas, e sim a uma visão de futuro, mostrando as possibilidades, tanto tecnológicas quanto projetuais, para a humanização do tratamento do portador de transtornos mentais, dando-lhe mais dignidade e possibilidade de reinserção social, através de um espaço físico mais amplo e funcional e que atenda de forma satisfatória a demanda terapêutica do HCTP.

Para tanto, destacamos alguns aprendizados adquiridos nesta pesquisa sobre o histórico dos espaços asilares. Antes os hospitais de custódia eram espaços de segregação, e a partir do movimento de reforma psiquiátrica, esses estabelecimentos se tornaram instrumento de cura e de reinserção social do portador de doença mental. Os dados coletados na dissertação de mestrado de Fontes (2003), *Imagens da Arquitetura da Saúde Mental*, especificamente no capítulo sobre a requalificação dos espaços da Casa do Sol, nos deram embasamento teórico para o planejamento do novo HCTP, já que a legislação não estabelece padrões e tipologias

arquitetônicas ideais, bem como não define os programas mínimos necessários para o desenvolvimento do espaço de assistência à saúde mental. Desta forma, os depoimentos dos funcionários, bem como nossas observações empírica nos direcionaram nas fases projetuais.

Figura 22. Apresentação da proposta do novo HCTP ao Grupo de Trabalho do Conselho de Saúde de Sergipe



Fonte: Autor

Figura 23. Apresentação da proposta do novo HCTP ao Grupo de Trabalho do Conselho de Saúde de Sergipe



Fonte: Autor

BIBLIOGRAFIA

FONTES, Maria P. Z. *Imagens da Arquitetura da Saúde Mental: Um Estudo sobre a Requalificação dos Espaços da Casa do Sol, Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2003.

CARRARA, Sérgio. *Crime e Loucura: O aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*. Rio de Janeiro: USP, 1998.

CASTRO, UR. *Reforma Psiquiátrica e o Louco Infrator: novas ideias, velhas práticas*. Goiânia, 2009. Dissertação de Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2009.

DINIZ, Débora. *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: Censo 2011*. Brasília: UNB, 2012.

FOUCAULT, Michel. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 2000.

JACOBINA, Paulo V. *Direito Penal da Loucura*. Brasília: ESMPU, 2008

JESUS, Joel N. *Relatório Final: Seminário nacional para reorientação de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico*. Brasília: ENAP, 2002.

NOGUEIRA, Maribel A. Z. *Saúde Mental e Arquitetura: um estudo sobre o espaço e o ambiente e sua inserção no processo terapêutico*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, Campinas, 2001.

PACHECO, Júlia d. A. *Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico: Revisão dos Estudos Brasileiro*. Trabalho de Conclusão de Curso, Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília, 2011.

PIZZOLATO, P. P. B. O Juquery: sua implantação, projeto arquitetônico diretrizes para uma nova intervenção. Dissertação de mestrado, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo, 2008.

PIZZOLATO, P. P. B. O espaço arquitetônico como elemento terapêutico: a função da ambiência na recuperação e na qualidade de vida do paciente internado. Dissertação de doutorado, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo, 2014.

SOUZA, Sérgio Luiz S. Hospitais da fé e da ciência. Dissertação de Mestrado, Universidade São Judas Tadeu, 2013.

BRASIL. LEI No 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em : < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm> Acesso em: 16 ago. 2014

BRASIL. LEI N. 7.210, DE 11 DE JULHO DE 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm>. Acesso em 12 ago. 2014

BRASIL. DECRETO – LEI Nº 3.689. DE 3 DE OUTUBRO DE 1941. Código de Processo Penal. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689.htm>. Acesso em: 12 ago. 2014.

<http://www.abpbrasil.org.br/comunicado/arquivo/comunicado-104/MANUAL_FORENSE-18_10_Joao_2.pdf> Acesso em: 16 jun. 2014.

CONTEXTO HISTÓRICO

Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico são instituições públicas destinadas às pessoas que sofrem de algum tipo de doença mental e que cometeram alguma modalidade de crime, e em função disso, essas pessoas cumprem medidas de segurança ao invés de penas. Esses hospitais anteriormente eram chamados de manicômios judiciários. Apesar de terem a nomenclatura de hospital, os mesmos não se encontram vinculados ao sistema de saúde.

O objetivo deste trabalho é projetar um ambiente mais humano e funcional, que se descaracterize ao máximo de uma instituição de punição a indivíduos, que permita a reinserção social do paciente na sociedade.

Pretende-se estruturar esse novo HCTP de forma que possa oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, psicológicos, de assistência social, terapias ocupacionais e lazer, entre outros.



LOCALIZAÇÃO

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Sergipe Está localizado na Rua Argentina, 421 – Bairro América – Aracaju –Se.

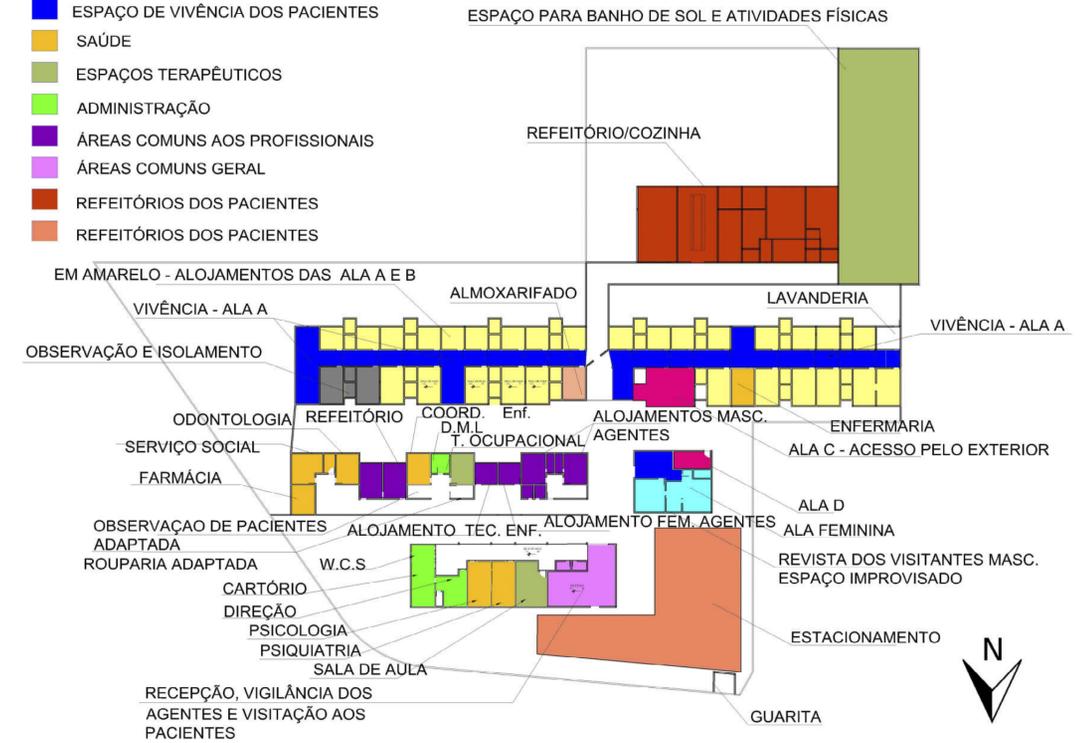


- Ponto de Ônibus
- Av. Desembargador Maynard
- Rua Argentina
- Atual HCTP - ÁREA= 5424.62 m²
- Av. Tancredo Neves

SETORIZAÇÃO

LEGENDA

- ALOJAMENTOS DAS PACIENTES
- ALOJAMENTOS DOS PACIENTES
- ESPAÇO DE VIVÊNCIA DOS PACIENTES
- SAÚDE
- ESPAÇOS TERAPÊUTICOS
- ADMINISTRAÇÃO
- ÁREAS COMUNS AOS PROFISSIONAIS
- ÁREAS COMUNS GERAL
- REFEITÓRIOS DOS PACIENTES
- REFEITÓRIOS DOS PACIENTES



PRINCIPAIS PROBLEMÁTICAS IDENTIFICADAS NO ATUAL ESPAÇO:

Espaço não planejado para funcionar como HCTP;
 Configuração arquitetônica semelhante a um espaço prisional e não hospitalar e terapêutico;
 Os pacientes ficam segregados nos corredores das alas, pois não possuem um espaço de convivência adequado;
 Falta de um espaço para o banho de sol mais humanizado, com presença de vegetação;
 Falta de espaços adequados para a prática de atividades físicas, para terapias ocupacionais, para as oficinas profissionalizantes, para prática religiosa, para reunião, para palestras, para treinamento de pessoal;
 Ausência de pátio para visitas dos familiares que comporte um maior número de visitantes e que seja mais humanizado.
 Ausência de pátio externo coberto para visitantes e familiares;
 Número de alojamentos para profissionais insuficientes,
 Alojamento dos internos não possuem boa iluminação e ventilação naturais;
 Espaço apresenta-se inseguro, principalmente no turno da noite.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
 DEPARTAMENTO DE ARQUITETURA E URBANISMO
 TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
 ORIENTADOR: PROF. DR. MÁRCIO DA COSTA PEREIRA



EMERSON PASSOS DOS SANTOS

HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO:
 uma contribuição da Arquitetura para a Reforma Psiquiátrica.

PRANCHA
 01

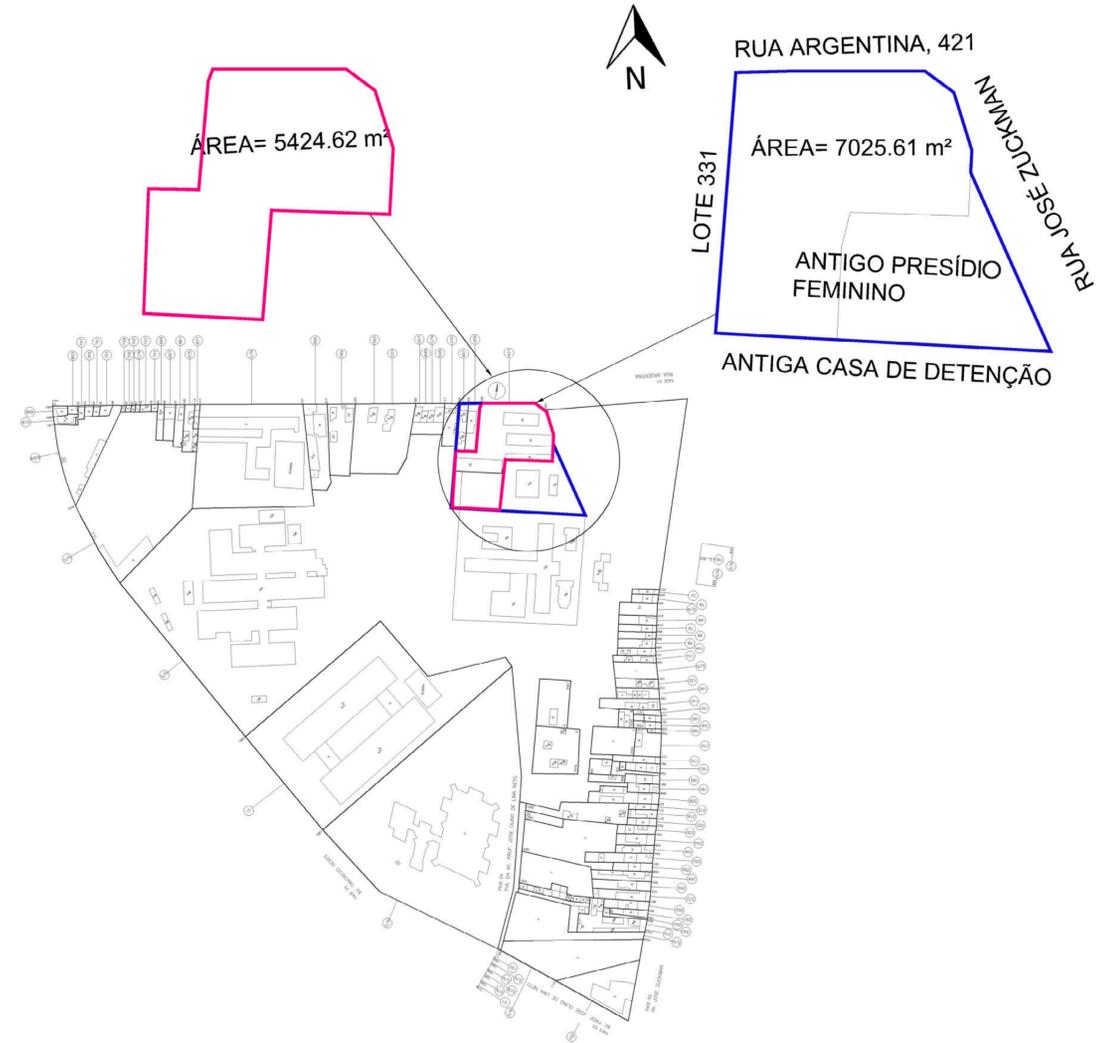
LOCALIZAÇÃO

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Sergipe Está localizado na Rua Argentina, 421 – Bairro América – Aracaju –Se.



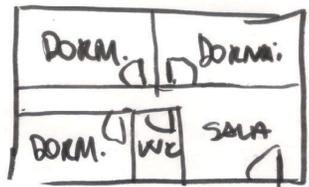
- INCORPORAÇÃO DOS LOTES 459 E 467
- ATUAL HCTP
- ANTIGO PRESÍDIO FEMININO

PLANTA DE QUADRA



DIRETRIZES PROJETUAIS:

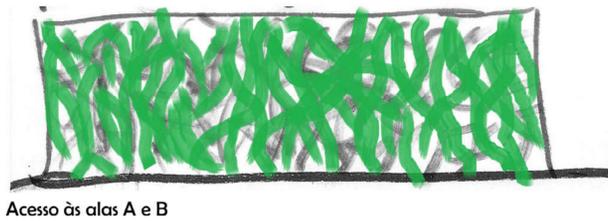
LEMBRANÇAS DO LAR



PRIVACIDADE

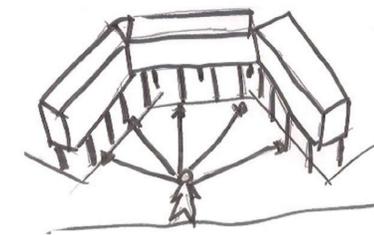


MURO VERDE

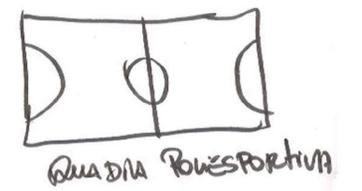


ESTRATÉGIAS DE OBSERVAÇÃO E CONTROLE, ATIVIDADE FÍSICA E LAZER

PERMEABILIDADE VISUAL



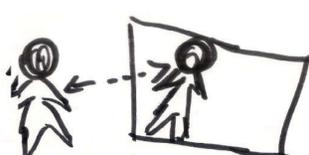
ATIVIDADE FÍSICA



CULTURA RELIGIOSA



IDENTIDADE



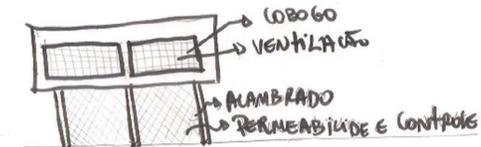
REFLEXÃO



RELAÇÃO VERDE



CONTATO COM O MUNDO EXTERIOR



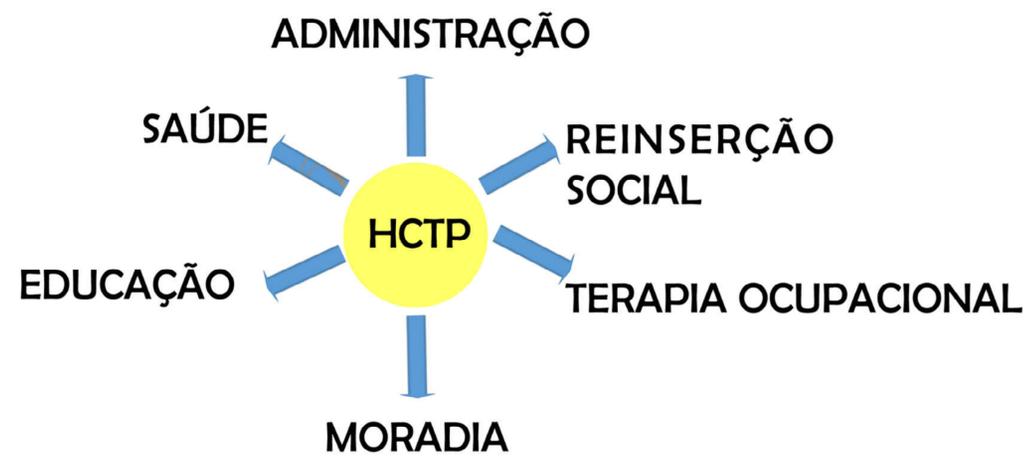
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
DEPARTAMENTO DE ARQUITETURA E URBANISMO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
ORIENTADOR: PROF. DR. MÁRCIO DA COSTA PEREIRA



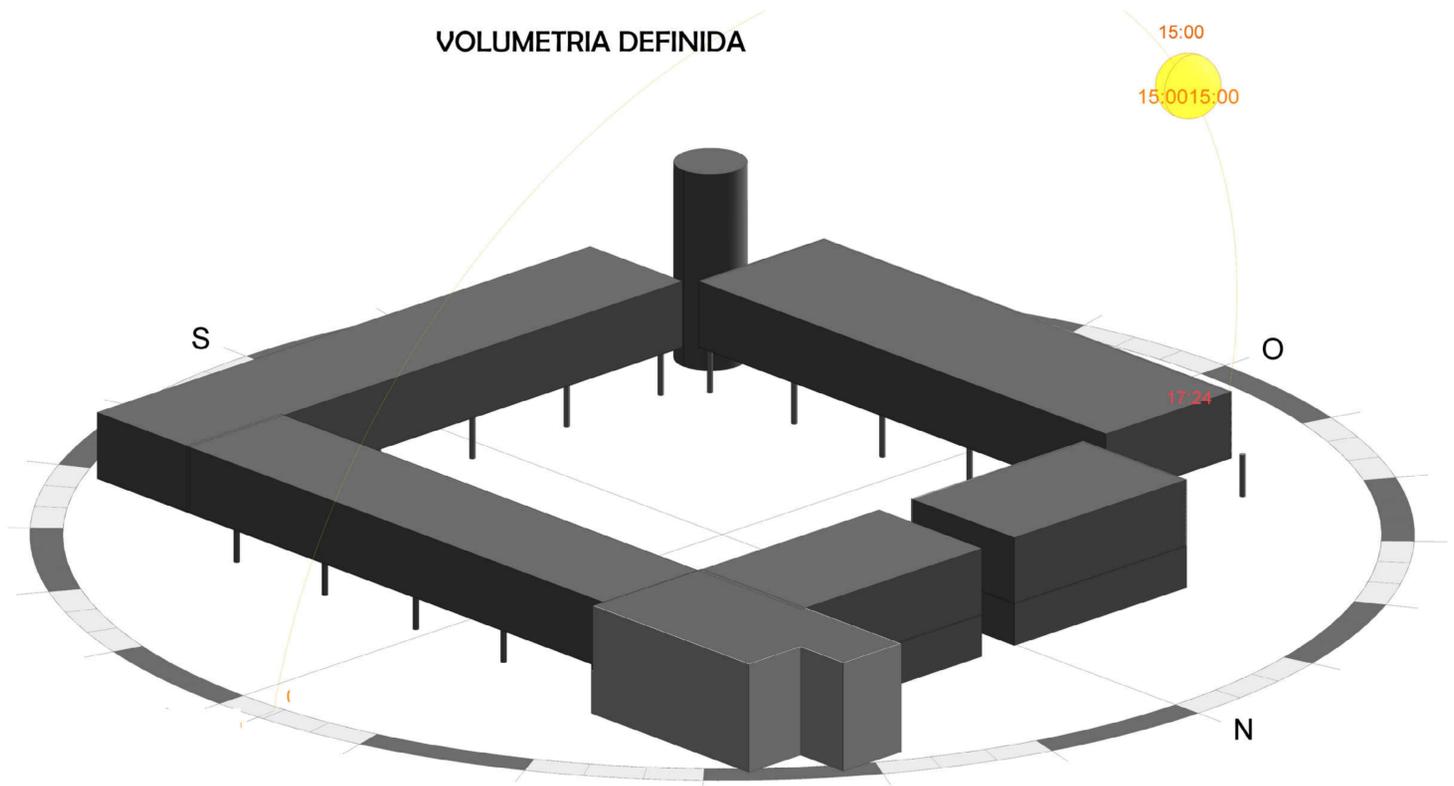
EMERSON PASSOS DOS SANTOS

HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSQUIÁTRICO:
uma contribuição da Arquitetura para a Reforma Psiquiátrica.

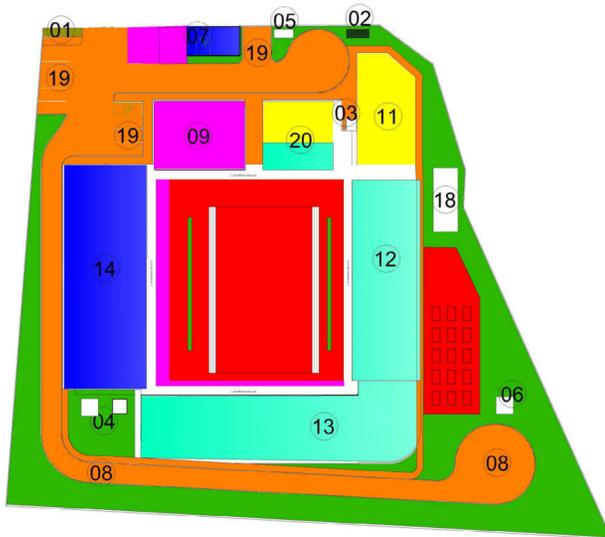
PRANCHA
02



VOLUMETRIA DEFINIDA



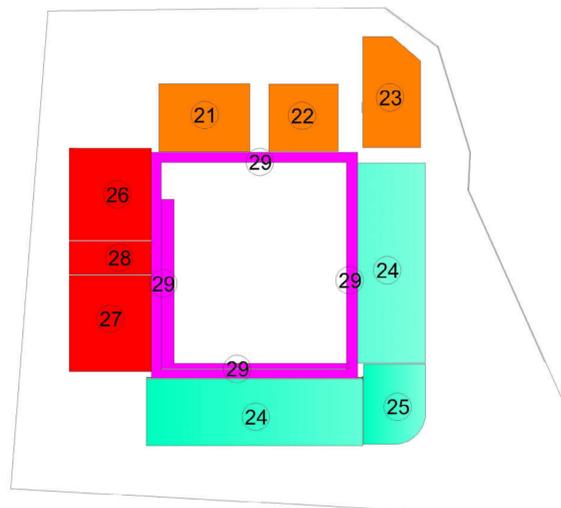
SETORIZAÇÃO - PAVIMENTO TÉRREO



LEGENDA

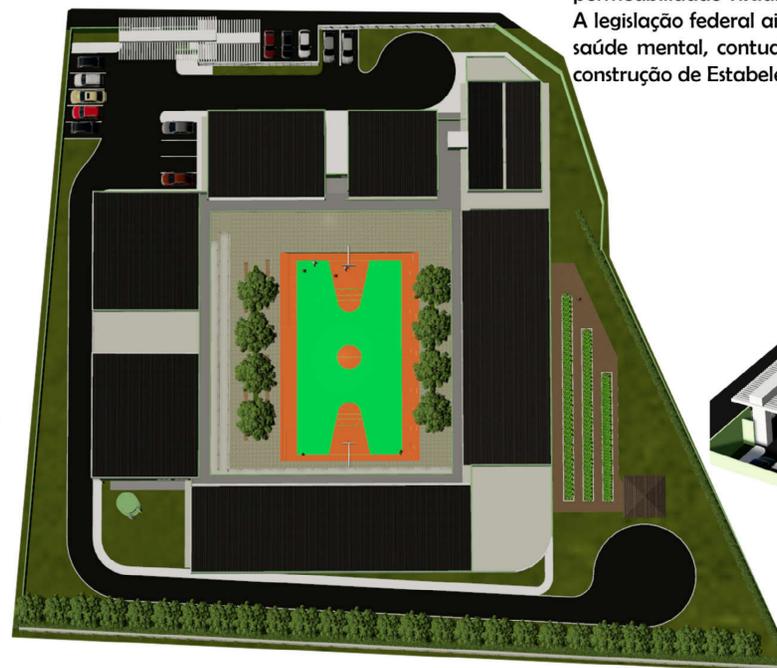
- 01 CASA DE LIXO
- 02 CASA DE GÁS
- 03 ELEVADOR
- 04 CAIXA D'ÁGUA INFERIOR E SUPERIOR
- 05 CASA DE FORÇA
- 06 QUIOSQUE
- 07 GUARITA/ESPERA VISITANTES
- 08 VIA LOCAL
- 09 ESPAÇO MULTIUSO
- 10 PÁTIO PARA BANHOS DE SOL
- 11 COZINHA
- 12 REFEITÓRIO PACIENTES
- 13 VIVÊNCIA PACIENTES
- 14 VISITAS AOS INTERNOS
- 15 HORTA
- 16 RAMPA
- 17 QUADRA POLIESPORTIVA
- 18 ESTAÇÃO DE TRATAMENTO DE ESCOTO
- 19 ESTACIONAMENTO
- 20 SERVIÇOS / OBSERVAÇÃO
- 21 ADM
- 22 ALOJAMENTOS FUNCIONÁRIOS
- 23 REFEITÓRIO/ VIVÊNCIA FUNCIONÁRIOS
- 24 ALOJAMENTOS PACIENTES
- 25 VIVÊNCIA PACIENTES
- 26 SETOR DE SAÚDE
- 27 TERAPIA OCUPACIONAL
- 28 ACESSO SETORES SAÚDE E OCUPACIONAL
- 29 CIRCULAÇÃO EXCLUSIVA PARA FUNCIONÁRIOS

SETORIZAÇÃO - PAVIMENTO SUPERIOR



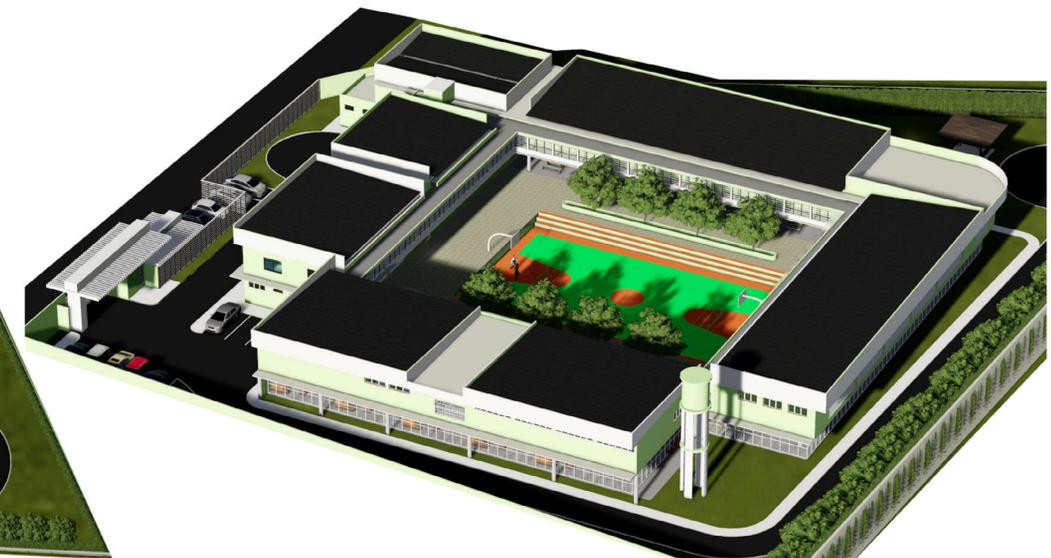
- SETOR 1 - COMUM AOS FUNCIONÁRIOS
- SETOR 2 - PACIENTES
- SETOR 3 - SERVIÇOS
- SETOR 4 - TERAPÊUTICO
- SETOR 5 - VISITANTES
- SETOR 6 - COMUM EM GERAL

IMPLANTAÇÃO



PARTIDO

O partido da proposta será o aproveitamento de espaços abertos com luz e iluminação naturais como elementos terapêuticos, e o conceito de segurança menos opressiva. Outro elemento importante na concepção do projeto são as alas destinadas aos pacientes com espaços de convivência e permeabilidade visual para um pátio com forte presença de vegetação. A legislação federal ainda não estabelece diretrizes detalhadas sobre como deverão ser os novos espaços arquitetônicos de saúde mental, contudo, recomenda que sejam analisadas, no que se refere aos seus projetos, as normas que regem a construção de Estabelecimentos de Assistência à Saúde em geral (RDC 50, do Ministério da Saúde).



PRINCIPAIS FLUXOS



PÓRTICO/GUARITA/ESPERA VISITANTES



REVISTA



ACESSO AO ELEVADOR



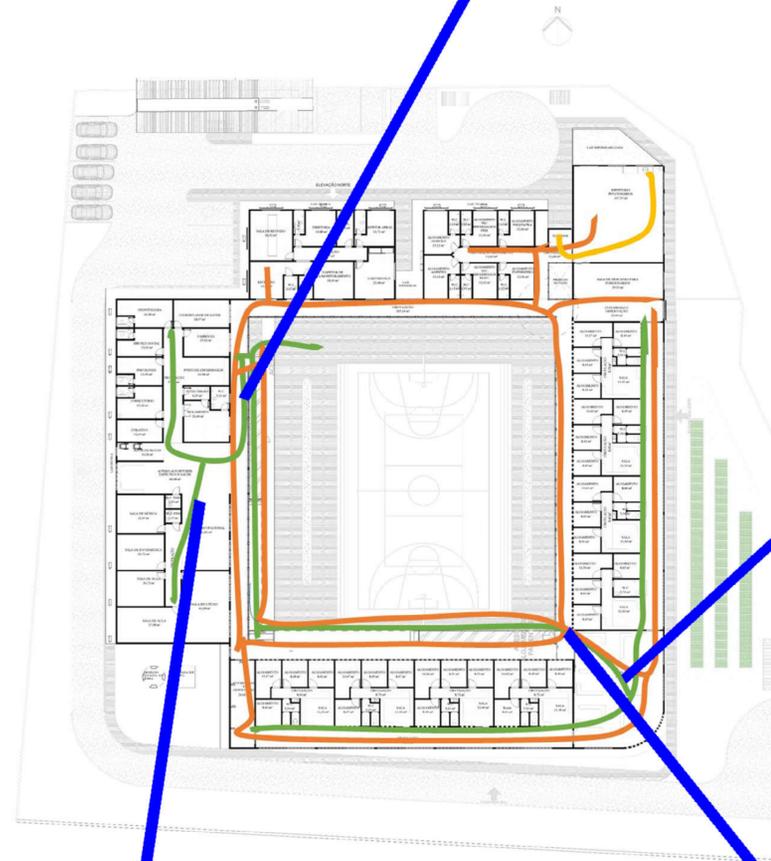
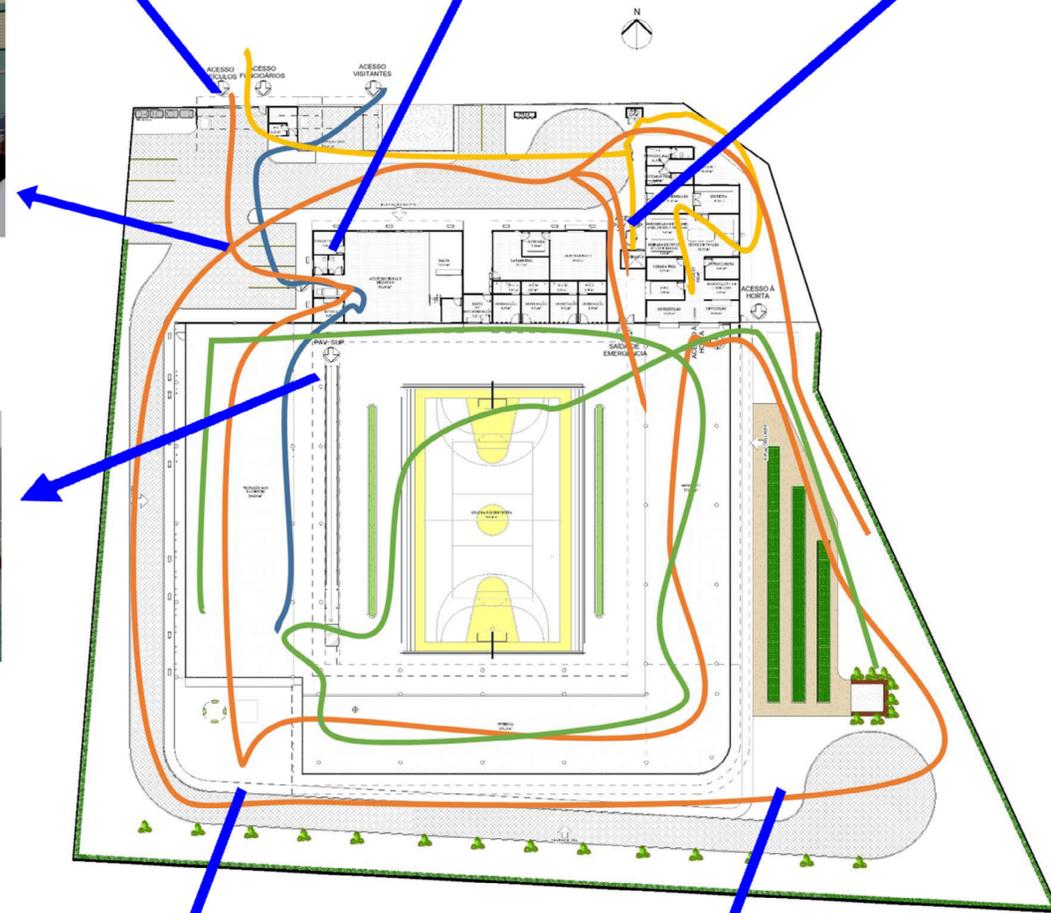
ACESSO ADM/SETOR TERAPÊUTICO



ACESSO/REVISTA



RAMPA DE ACESSO AO PAV. SUPERIOR



VIVÊNCIA DOS PACIENTES



ACESSO CAIXA D'ÁGUA



QUIOSQUE/HORTA



ACESSO AO SETOR TERPÊUTICO



ACESSO À VIVÊNCIA E ALOJAMENTOS DOS INTERNOS

LEGENDA:

- FUNCIONÁRIOS
- PACIENTES
- FUNCIONÁRIOS TERCEIRIZADOS
- VISITANTES



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
DEPARTAMENTO DE ARQUITETURA E URBANISMO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
ORIENTADOR: PROF. DR. MÁRCIO DA COSTA PEREIRA



EMERSON PASSOS DOS SANTOS

HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO:
uma contribuição da Arquitetura para a Reforma Psiquiátrica

PRANCHA
04

RUA VENEZUELA

RUA PARAGUAÇU

RUA ARGENTINA

RUA ARGENTINA

PRAÇA DA LIBERDADE

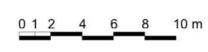
L. 507
L. 499
L. S/N
L. 485

L. 475

TERRENO DE PROPRIEDADE DO GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE

ANTIGA CASA DE DETENÇÃO

PLANTA BAIXA PAV, TÉRREO

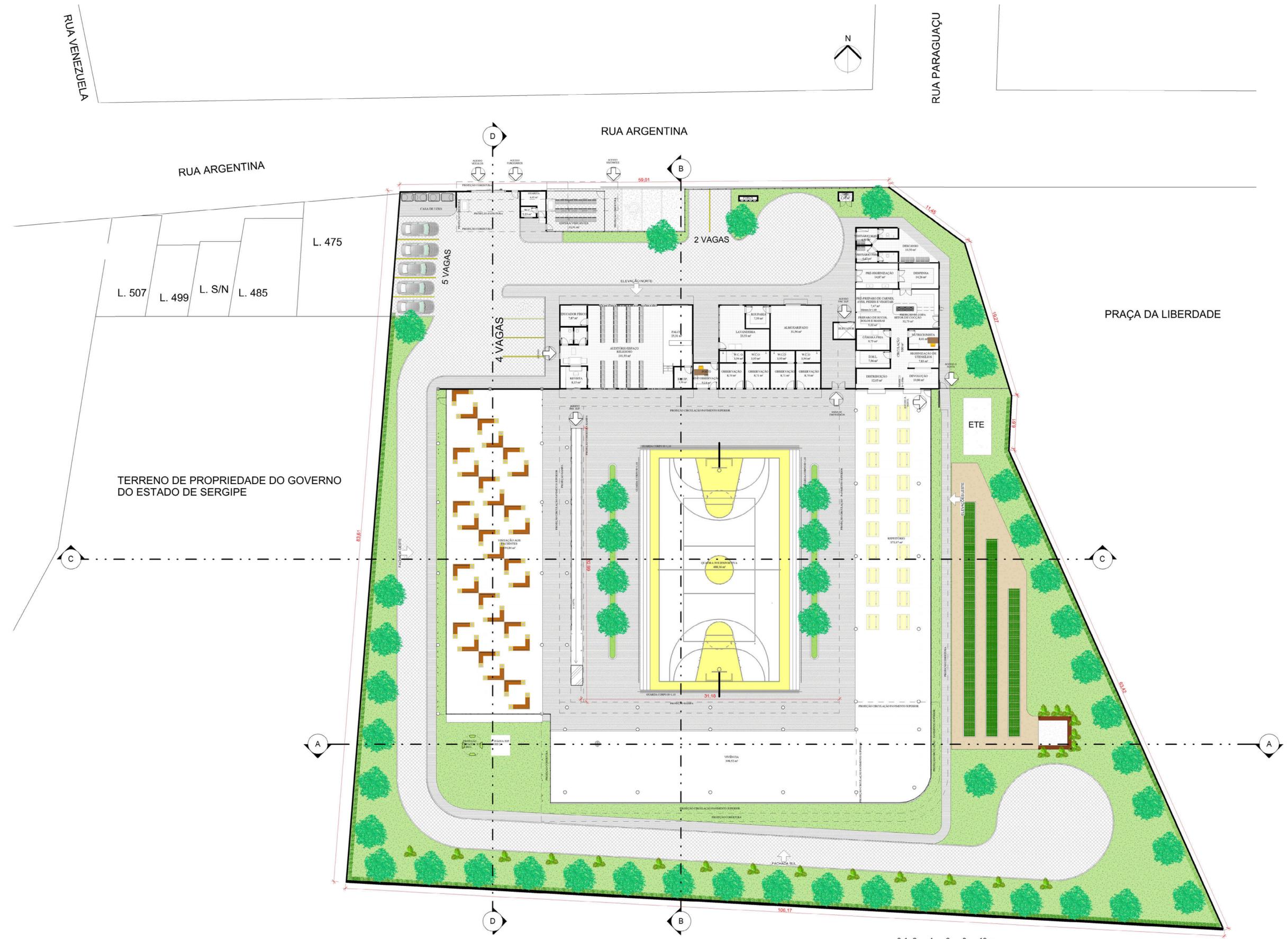


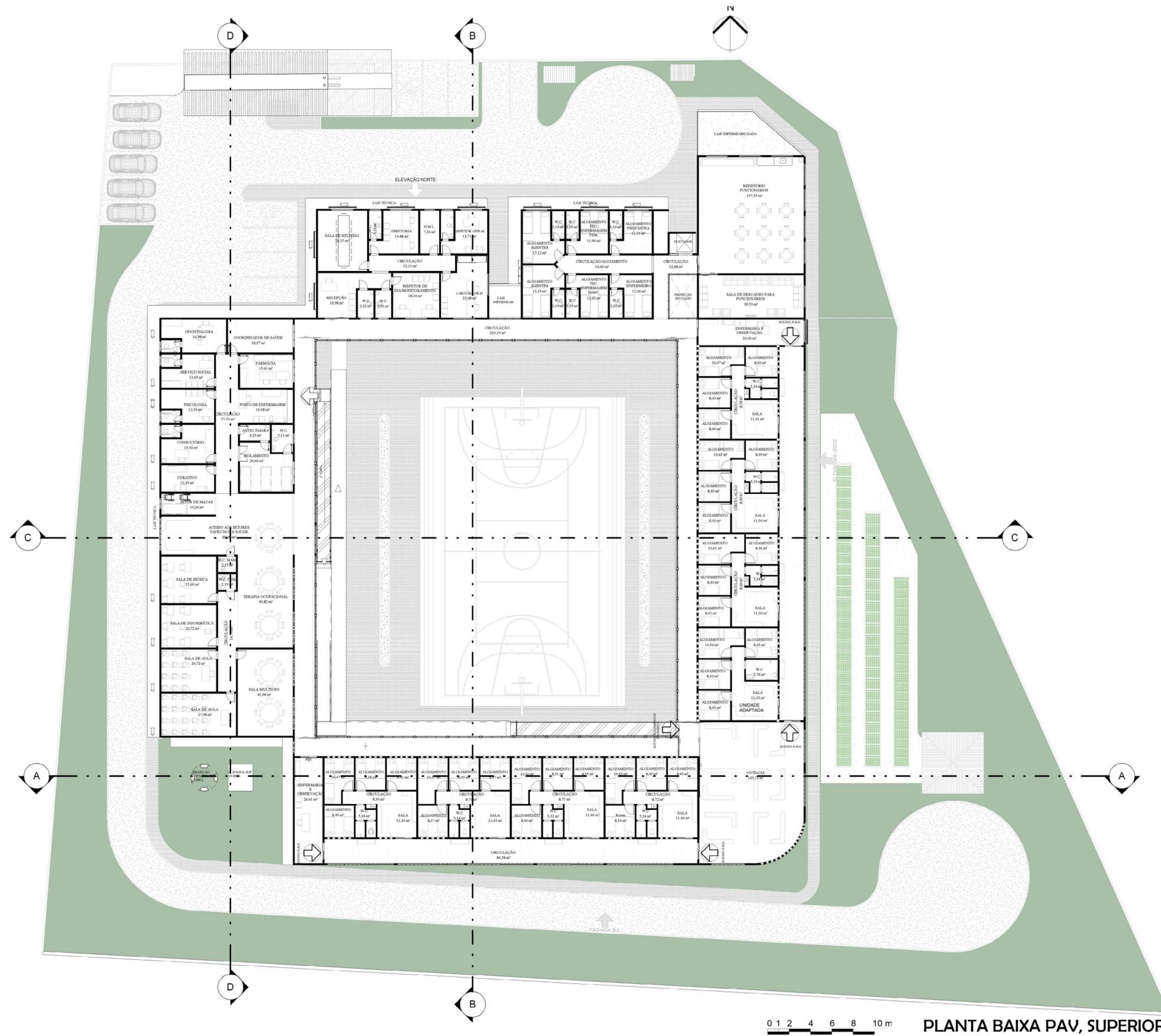
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
DEPARTAMENTO DE ARQUITETURA E URBANISMO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
ORIENTADOR: PROF. DR. MÁRCIO DA COSTA PEREIRA



HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO:
uma contribuição da Arquitetura para a Reforma Psiquiátrica.

PRANCHA
05





0 2 4 6 8 10 m PLANTA BAIXA PAV, SUPERIOR

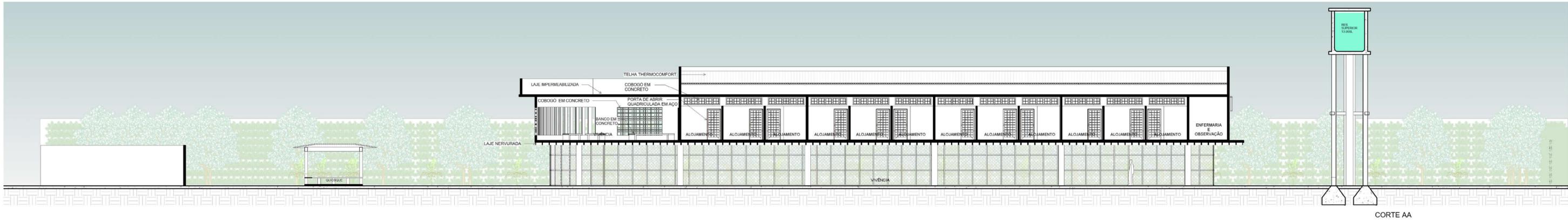


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
 DEPARTAMENTO DE ARQUITETURA E URBANISMO
 TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
 ORIENTADOR: PROF. DR. MÁRCIO DA COSTA PEREIRA



EMERSON PASSOS DOS SANTOS
 HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO:
 uma contribuição da Arquitetura para a Reforma Psiquiátrica.

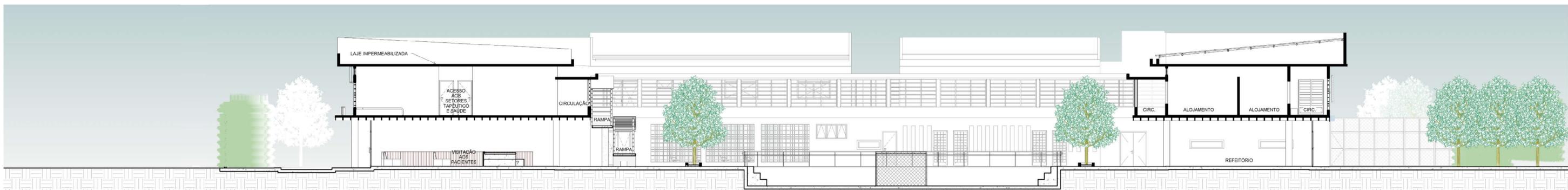
PRANCHA
 06



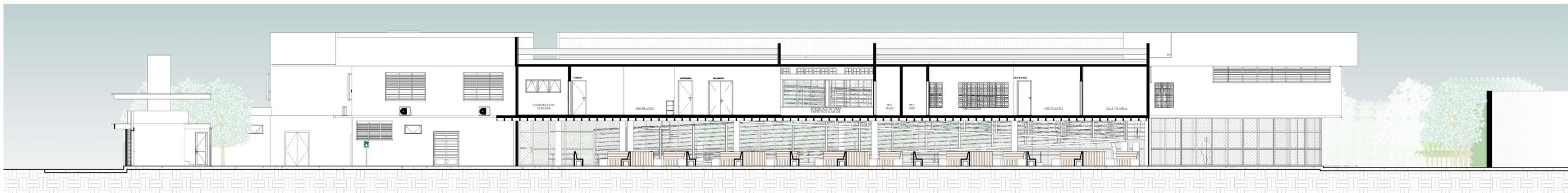
CORTE AA



CORTE BB



CORTE CC



0 1 2 3 4 5 10 CORTE DD

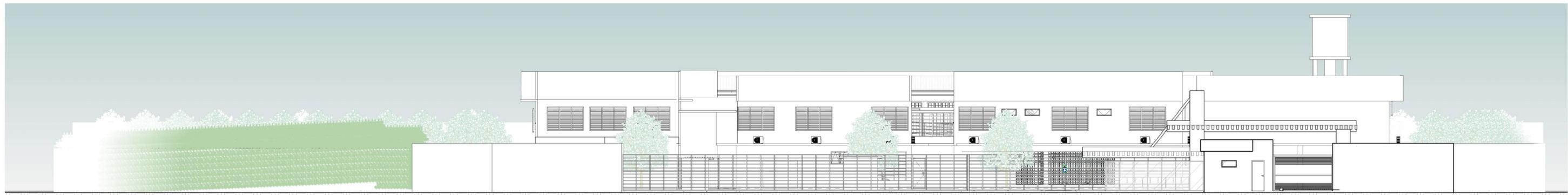


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
 DEPARTAMENTO DE ARQUITETURA E URBANISMO
 TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
 ORIENTADOR: PROF. DR. MÁRCIO DA COSTA PEREIRA

EMERSON PASSOS DOS SANTOS

HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO:
 uma contribuição da Arquitetura para a Reforma Psiquiátrica

PRANCHA
 07



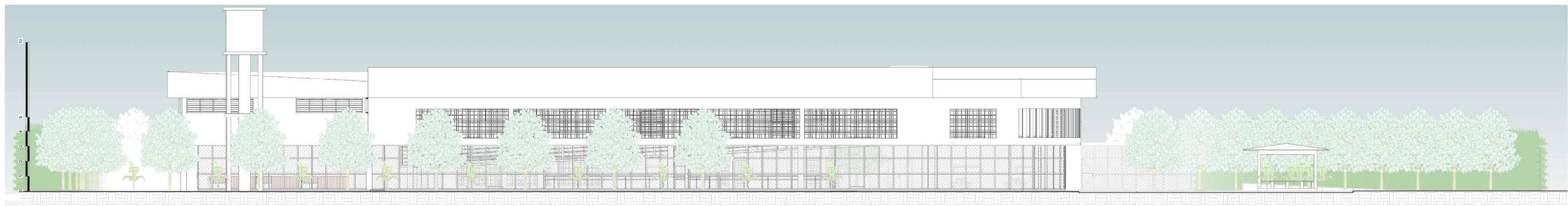
FACHADA NORTE



FACHADA LESTE



FACHADA OESTE



FACHADA SUL



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
 DEPARTAMENTO DE ARQUITETURA E URBANISMO
 TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
 ORIENTADOR: PROF. DR. MÁRCIO DA COSTA PEREIRA



EMERSON PASSOS DOS SANTOS

HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO:
 uma contribuição da Arquitetura para a Reforma Psiquiátrica.

PRANCHA
 08

RESULTADOS:



QUIOSQUE SUBSTITUINDO A TORRE DE VIGILÂNCIA



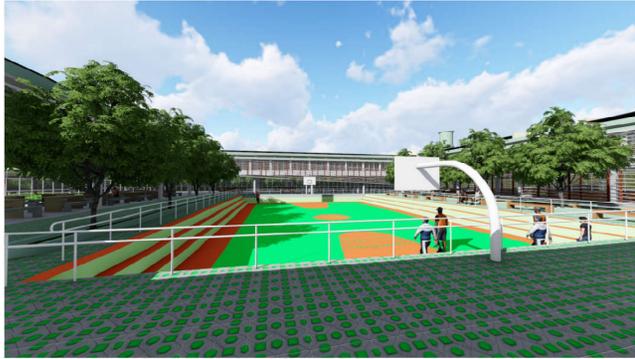
SETOR TERAPÊUTICO



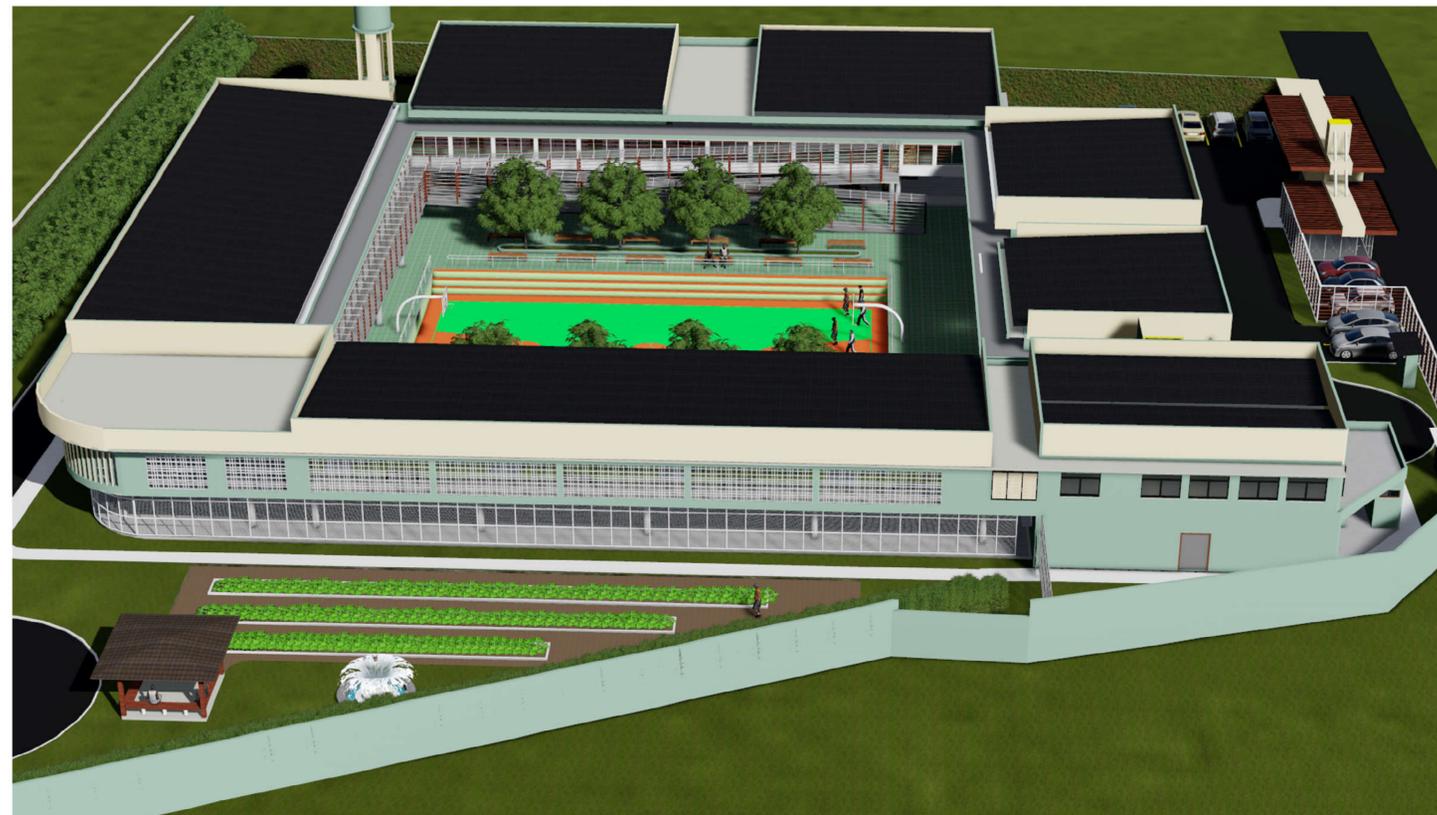
REFEITÓRIO AO AR LIVRE



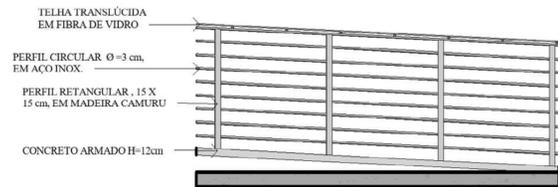
CIRCULAÇÃO E APARTAMENTO COM VENTILAÇÃO CRUZADA



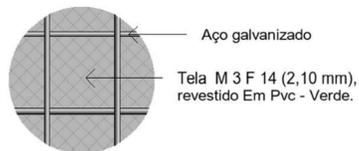
PERMEABILIDADE VISUAL DO ESPAÇO



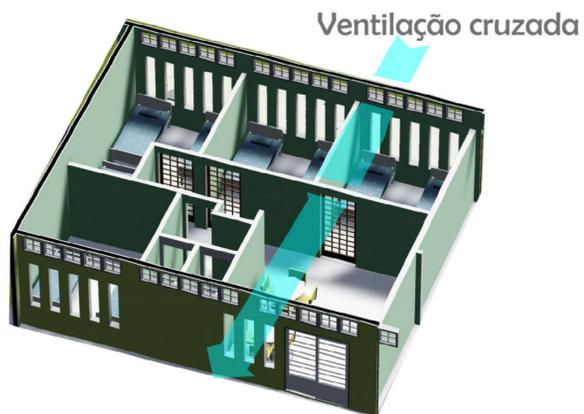
ESPERA PARA VISITANTES



DETALHE- RAMPA



DETALHE- ALAMBRADO



APTO PARA PACIENTES



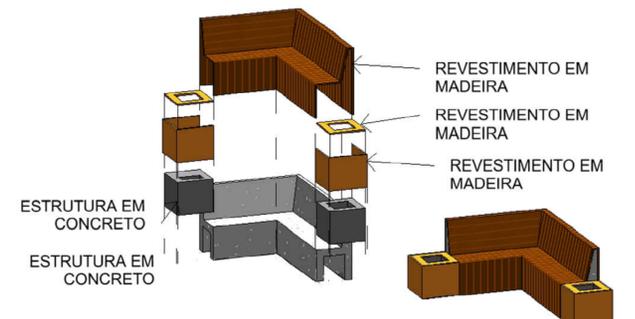
CONTATO COM O MUNDO EXTERIOR ATRAVÉS DA PERMEABILIDADE VISUAL



ESPAÇO MULTIUSO PARA DIVERSAS ATIVIDADES, FAVORECENDO CONTATO COM A COMUNIDADE

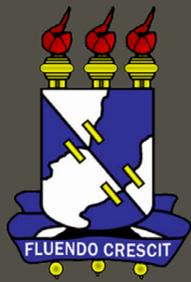


ESPAÇO PARA VISITAÇÃO AOS PACIENTES



DETALHE - BANCOS PARA VISITAÇÃO





HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO: UMA CONTRIBUIÇÃO DA ARQUITETURA PARA A REFORMA PSIQUIÁTRICA

LOCALIZAÇÃO



- LEGENDA:**
- PONTO DE ÔNIBUS
 - AV. DESEMBARGADOR MAYNARD
 - RUA ARGENTINA
 - LOTE PROPOSTO
 - AV. TRANCEDO NEVES



CONTEXTO HISTÓRICO

Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico são instituições públicas destinadas às pessoas que sofrem de algum tipo de doença mental e que cometeram alguma modalidade de crime, e em função disso, essas pessoas cumprem medidas de segurança ao invés de penas. Esses hospitais anteriormente eram chamados de manicômios judiciários. Apesar de ter a nomenclatura de hospital, os mesmos se encontram vinculados às Secretarias de Justiça.

OBJETIVOS:

O objetivo deste trabalho é propor um ambiente mais humano e funcional, que se descaracterize ao máximo de uma unidade prisional e que permita a reinserção social do paciente na sociedade. Pretende-se estruturar esse novo HCTP de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, psicológicos, de assistência social, terapias ocupacionais e lazer, entre outros.

PRINCIPAIS DIRETRIZES:

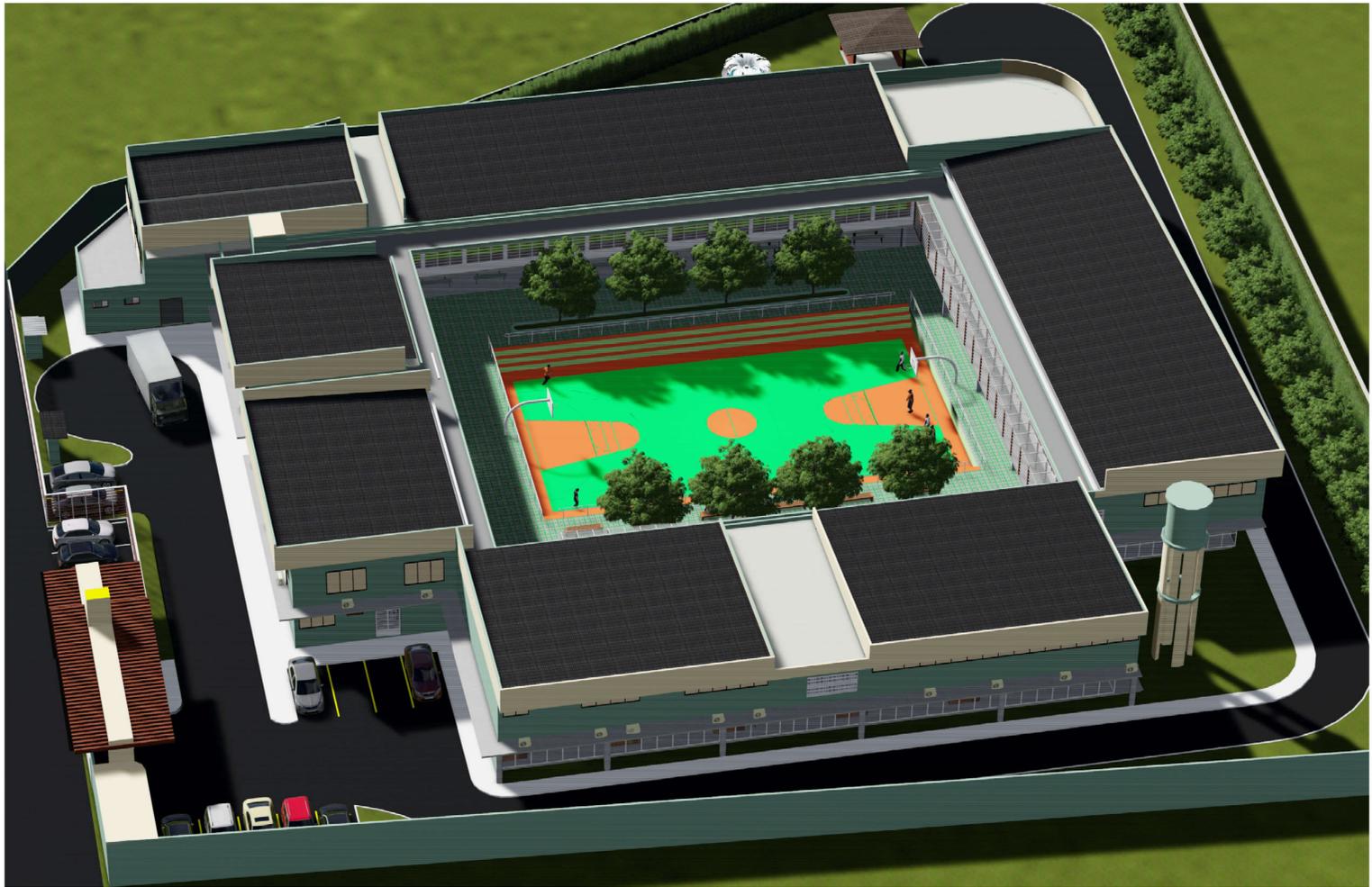
LEMBRANÇAS DO LAR **IDENTIDADE** **REFLEXÃO**

RELAÇÃO VERDE **MURO VERDE**

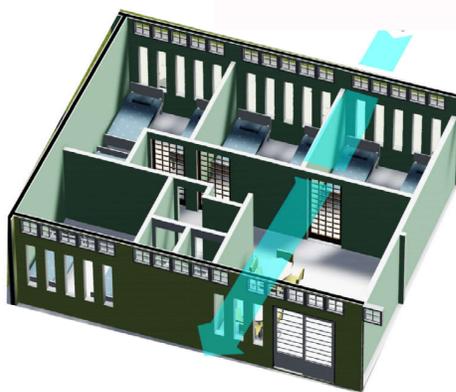
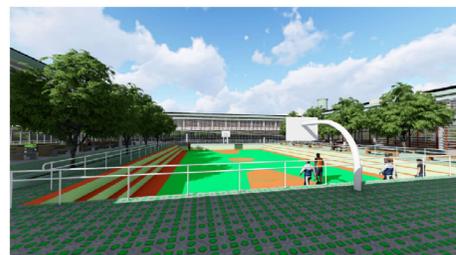
ESTRATÉGIAS DE OBSERVAÇÃO E CONTROLE, ATIVIDADE FÍSICA E LAZER

PERMEABILIDADE VISUAL **ATIVIDADE FÍSICA**

Diagramas e desenhos que ilustram as diretrizes de projeto, incluindo espaços de observação, atividade física, e estratégias de controle.



RESULTADOS:



PARTIDO ARQUITETÔNICO

O partido da proposta será o aproveitamento de espaços abertos com luz e iluminação naturais como elementos terapêuticos, e o conceito de segurança menos opressiva. Outro elemento importante na concepção do projeto são as alas destinadas aos pacientes com espaços de convivência e permeabilidade visual para um pátio com forte presença de vegetação.