

FACULDADE DAMAS DA INSTRUÇÃO CRISTÃ  
CURSO DE ARQUITETURA E URBANISMO  
MARCELA CAVALCANTI BARROS

**ANTEPROJETO DE UMA COMUNIDADE  
TERAPÊUTICA EM IGARASSU.**

RECIFE  
NOVEMBRO/2011

FACULDADE DAMAS DA INSTRUÇÃO CRISTÃ  
CURSO DE ARQUITETURA E URBANISMO  
MARCELA CAVALCANTI BARROS

## **ANTEPROJETO DE UMA COMUNIDADE TERAPÊUTICA EM IGARASSU.**

Trabalho de conclusão de curso desenvolvido pela aluna Marcela Cavalcanti Barros, orientado pela professora Maria Luiza de Lavor, e, apresentado ao Curso de Arquitetura e Urbanismo no ano de 2011 da Faculdade Damas da Instrução Cristã.

RECIFE  
NOVEMBRO/2011

**Barros, Marcela Cavalcanti.**

**Anteprojeto de uma comunidade terapêutica em Igarassu. / Marcela Cavalcanti Barros: O Autor, 2011.**

**63 folhas: il., fig.**

**Orientador(a): Maria Luiza de Lavor.**

**Monografia (graduação) – Faculdade Damas da Instrução Cristã. Trabalho de conclusão de curso, 2011.**

**Inclui bibliografia.**

**1. Arquitetura 2. Comunidade Terapêutica 3. Igarassu**

**I. Título.**

**720 CDU (2.ed.)  
725 CDD (22.ed.)**

**Faculdade Damas  
TCC 2011- 096**

# FACULDADE DAMAS DA INSTRUÇÃO CRISTÃ

Curso de Arquitetura e Urbanismo

## ATA DE AVALIAÇÃO FINAL DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Às \_\_\_\_\_ horas do dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, reuniu-se a Banca Examinadora de Trabalho de Conclusão de Curso, para julgar, em exame final, o trabalho intitulado \_\_\_\_\_ desenvolvido pelo(a) aluno(a), \_\_\_\_\_, como requisito final de obtenção do Grau de Arquiteto Urbanista, de acordo com as normas em vigor. Aberta a sessão, o professor \_\_\_\_\_, orientador do trabalho, autorizou a apresentação pelo aluno. Logo após, seguiram-se as colocações dos membros e conseqüente argüição a (o) aluno (a), com sua respectiva defesa. Ao final, a banca se reuniu, sem a presença de todos, para julgamento e atribuição do resultado final, declarando o (a) candidato (a) \_\_\_\_\_, com o conceito \_\_\_\_\_. O resultado final foi comunicado publicamente ao (à) candidato (a) pelo Orientador (a) do Trabalho, tendo todos os membros presentes assinado a Ata.

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do Convidado (a) externo (a)

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do Convidado (a) interno (a)

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do Professor (a) Orientador (a)

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do Candidato (a)

Dedico esse trabalho aos meus pais e minha irmã, pelo apoio cúmplice e incondicional nesse e em todos os projetos em que me envolvo e, atualmente, ao meu marido que está ao meu lado diariamente. Em especial cito Amália Fonseca, minha avó que foi essencial em minha formação e que sempre será um exemplo de vida.

Esse trabalho é resultado de uma grande busca de informações sobre as comunidades de tratamento para dependentes químicos, que veio sendo apoiado por todos aqueles que me incentivaram: professores, principalmente à Maria Luiza de Lavor, familiares e amigos, em especial aos donos da comunidade terapêutica Recanto Paz, que me apresentaram a grande importância de se ter um lugar adequado para tal tratamento.

*“A mente que se abre a uma nova ideia jamais  
voltará ao seu tamanho original.”*

*Albert Einstein*

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### FIGURA

<b>Figura 01</b> – Panóptico de J. Bentham.....	25
<b>Figura 02</b> – O design do Panóptico.....	25
<b>Figura 03</b> – Imagem satélite da CT Recanto Paz Aldeia (terreno delimitado em vermelho).....	28
<b>Figura 04</b> – Planta Baixa Geral da CT Recanto da Paz Aldeia.....	29
<b>Figura 05</b> – Vista externa da casa principal.....	29
<b>Figura 06</b> – Vista interna dos quartos.....	29
<b>Figura 07</b> – Planta Baixa da Comunidade Recanto Paz Aldeia, com análise das atividades.....	31
<b>Figura 08</b> – Vista externa do bloco03 (cozinha/refeitório/hospedagem).....	32
<b>Figura 09</b> – Vista externa do bloco com os consultórios.....	32
<b>Figura 10</b> – Vista externa área de convívio (piscina).....	33
<b>Figura 11</b> – Área externa, atividades terapêuticas.....	33
<b>Figura 12</b> – Vista área externa, área livre com vegetação.....	33
<b>Figura 13</b> – Imagem satélite da CT Recanto Paz Igarassu (terreno delimitado em vermelho).....	34
<b>Figura 14</b> – Planta Baixa da situação encontrada pelos responsáveis.....	35
<b>Figura 15</b> – Planta Baixa da adaptação.....	36
<b>Figura 16</b> – Planta Baixa da adaptação.....	38
<b>Figura 17</b> – Planta Baixa da adaptação.....	39
<b>Figura 18</b> – Vista Externa do Bloco de Administração.....	39



<b>Figura 19</b> – Vista Externa do novo Bloco de hospedagem.....	39
<b>Figura 20</b> – Vista Externa do Bloco adaptado.....	39
<b>Figura 21</b> – Vista Externa da área de lazer.....	40
<b>Figura 22</b> – Vista Externa da área de lazer.....	40
<b>Figura 23</b> – Imagem satélite do Terreno Estudado (terreno delimitado em vermelho).....	44
<b>Figura 24</b> – Situação do município na Região Metropolitana do Recife.....	45
<b>Figura 25</b> – Vista da PE-35.....	46
<b>Figura 26</b> – Vista da PE-35, sentido Itamaracá.....	46
<b>Figura 27</b> – Vista do mercadinho da Rua Santa Mariana.....	46
<b>Figura 28</b> – Rua Santa Mariana.....	46
<b>Figura 29</b> – Vista da Rua Santa Marina (acesso principal).....	47
<b>Figura 30</b> – Vista interna do terreno (lado esquerdo).....	47
<b>Figura 31</b> – Vista interna do terreno (frontal).....	47
<b>Figura 32</b> – Vista interna do terreno (lado direito).....	47
<b>Figura 33</b> – Estudo da Ventilação.....	48
<b>Figura 34</b> – Estudo de Insolação.....	48
<b>Figura 35</b> – Zoneamento retirado do Plano Diretor de Igarassu.....	49
<b>Figura 36</b> – Estrutura do Gabião.....	53
<b>Figura 37</b> – Perspectiva geral da comunidade terapêutica de igarassu.....	55
<b>Figura 38</b> – Perspectiva interna.....	56
<b>Figura 39</b> – Perspectiva interna – Convívio.....	56
<b>Figura 40</b> – Perspectiva interna - Reunião.....	56

**Figura 41** – Perspectiva interna – Espaço Família.....56

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 01</b> – Tabela de análise comparativa dos estudos de caso.....	42
<b>Tabela 02</b> – Parâmetros Urbanísticos Básicos.....	49

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**AA** – Alcoólicos Anônimos

**ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

**CT** - Comunidades Terapêuticas

**FEBRACT** – Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas

**MZ2** – Macro Zona Igarassu Sede e Cruz de Rebouças

**NA** – Narcóticos Anônimos

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**ONG** – Organização Não Governamental

**ZUP3** – Zona de Urbanização Preferencial 3 – Praia dos Marcos

## SUMÁRIO

---

<b>INTRODUÇÃO</b>	13
<b>1. REFERENCIAL TEÓRICO:</b>	17
1.1. A DEPENDÊNCIA E O DEPENDENTE QUÍMICO.	17
1.2. CONCEITO E FUNCIONAMENTO DE COMUNIDADE TERAPÊUTICA E A FUNÇÃO DA FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS FEBRACT.	19
1.3. LEI DA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA) PARA AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS.	21
1.4. O AMBIENTE HUMANIZADO	23
1.5. “VIGIAR SEM PUNIR”	24
<b>2. ESTUDOS DE CASOS</b>	27
2.1. COMUNIDADE TERAPÊUTICA RECANTO PAZ ALDEIA.	27
2.2. COMUNIDADE TERAPÊUTICA RECANTO PAZ IGARASSU.	34
2.3. TABELA COMPARATIVA.	41
<b>3. ANÁLISE DO OBJETO DE ESTUDO</b>	44
3.1. ANÁLISE DO MUNICÍPIO.	44
3.2. CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA - ENTORNO.	45
3.3. CARACTERIZAÇÃO DO TERRENO.	47
3.4. ASPECTOS FÍSICOS E CLIMÁTICOS	48
3.5. ASPECTOS LEGAIS	49

<b>4. COMUNIDADE TERAPÊUTICA EM IGARASSU.</b>	50
4.1. PROGRAMA E PRÉ-DIMENSIONAMENTO	50
4.2. ORGANOGRAMA E FLUXOGRAMA	51
4.3. ASPECTOS CONSTRUTIVOS	53
4.4. MEMORIAL DESCRITIVO	54
4.5. REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DO ANTEPROJETO DA COMUNIDADE TERAPÊUTICA EM IGARASSU	57
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	58
<b>REFERÊNCIAS</b>	60

## INTRODUÇÃO

---

Sempre existiu o consumo de Substâncias Psicoativas, entretanto foi a partir do século XX que foram constatadas transformações no que diz respeito ao processo saúde/doença, pois o uso de tais assumiu proporções alarmantes, atingindo a complexidade de problema de saúde pública. Foi quando o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Atenção Integrada ao usuário de Álcool e outras Drogas, demonstrando uma vontade política direcionada à criação de serviços específicos para usuários e dependentes químicos. Antes a concepção de dependência química era tratada como um desvio de caráter e depois, no século XX, passou a ser tratada como uma doença de natureza biológica, psicológica e social, devido a facilidade de consumo.

A comercialização das Substâncias Psicoativas, incorpora-se rapidamente na vida social dos adolescentes, em locais freqüentados pelos mesmos; na vida de adultos que se consideram estressados com os negócios, ou com determinadas desilusões; e na vida de crianças que já carregam essa dependência química (biologicamente), ou que são expostos psicologicamente, no dia a dia.

No intuito de amenizar os problemas gerados pela livre comercialização de substâncias psicoativas, surgiram as Comunidades Terapêuticas (CTs) que ganharam grande popularidade como uma alternativa para o tratamento psiquiátrico manicomial. Apenas na década de 60 voltaram exclusivamente para o tratamento da dependência de álcool e outras drogas. As CTs são instituições de atendimento ao dependente químico, não governamentais, em ambiente não hospitalar, com orientação técnica e profissional, onde o principal instrumento terapêutico é a convivência entre os residentes.

Não existe uma estrutura-padrão, tampouco um cronograma básico de funcionamento das CTs, mas diversos componentes fundamentais que são combinados dentro das necessidades de cada comunidade (De LEON, 1994). Estes estão, atualmente, sendo regulamentadas pela Agência Nacional de

Vigilância Sanitária (ANVISA). O tempo de atuação das CTs é variável, as atividades desenvolvidas também possuem grande variabilidade, estruturadas em níveis de complexidade igualmente distintos.

Esta atuação necessita de espaços que sejam próprios ao seu atendimento. Definir o uso de cada ambiente faz como que o complexo (toda a estrutura da comunidade) possua uma lógica de utilização, e esta lógica reflete no comportamento dos internos através da disciplina.

Deve-se ter consciência que esses espaços são de grandes complexidades, não podem simplesmente adaptar-se a um local que era voltado para uma residência. Pois, as CTs possuem atividades (necessidades) distintas de uma residência, ou seja, o espaço arquitetônico de uma residência não condiz com o espaço arquitetônico de uma CT. Esses espaços não se resumem simplesmente em quartos, salas e cozinha. A percepção espacial de um interno, o qual está passando por um tratamento, é totalmente diferente da percepção de um morador diante de sua moradia. A construção de um espaço de uso específico permite a potencialização de suas habilidades perceptivas.

A partir dessa problematização, nota-se a necessidade de ações que venham a esclarecer que a dependência química é uma doença, e que já existem inúmeras CTs trabalhando de maneiras diferentes para que os dependentes sejam novamente reintegrados a sociedade.

Ao ter contato e conhecimento sobre Comunidades Terapêuticas, pode-se observar que elas possuem necessidades específicas, que são fundamentais no processo de tratamento.

Este trabalho é importante porque propõe um espaço arquitetonicamente estruturado para a utilização correta e necessária de funcionamento, pois refletirá na evolução do tratamento. Serão estudadas e visitadas CTs com o intuito de expor as dificuldades geradas por determinados ambientes.



O objetivo geral deste trabalho de graduação é de realizar um anteprojeto arquitetônico de uma Comunidade Terapêutica em Igarassu, visto que, a maioria das CTs funcionam de maneira irregular e em espaços improvisados.

E os objetivos específicos são identificar e obter conhecimento da problematização, através dos estudos de caso e de pesquisas teóricas; apontar a influência dos espaços arquitetônicos sobre o tratamento, através da observação do comportamento ambiental; propor uma Comunidade Terapêutica Modelo para oferecer melhor tratamento aos dependentes químicos e obter resultados positivos; analisar o terreno do ponto de vista topográfico e dimensional; compreender as legislações específicas para aplicar no projeto.

A metodologia utilizada para a realização do Trabalho dividiu-se em quatro etapas: a primeira consistiu na pesquisa bibliográfica através de livros, artigos, revistas, sites especializados no assunto e leis, para obtenção do referencial teórico; a segunda etapa os estudos de caso que serão realizados em comunidades terapêuticas que será à base do estudo, de início haverá apenas dois estudos de caso, devido à dificuldade encontrada para entrar nas CTs. Um estudo de caso foi realizado na comunidade Recanto Paz Aldeia e o segundo estudo de caso foi na comunidade Recanto Paz Igarassu; a terceira etapa consistiu na pesquisa de campo, elaborando o diagnóstico do terreno escolhido, que se situa no município de Igarassu; e por fim, foi feita a análise dos dados para a elaboração das diretrizes para realização da proposta do Anteprojeto de arquitetura da Comunidade Terapêutica para Dependentes Químicos em Igarassu.

Afim de que se possa obter uma maior transparência sobre os temas abordados no trabalho, o mesmo foi subdivididos em quatro capítulos que tratarão da fundamentação teórica, estudos de caso, caracterização da área de objeto de estudo e o anteprojeto da comunidade terapêutica.

No primeiro capítulo, serão relacionados os conceitos das CTs e as definições de diversos autores e de órgãos especializados, que fundamentam as teorias,

modelos e métodos das comunidades, mostrando através da história sua evolução e importância na atualidade.

No segundo capítulo, serão descritos e analisados duas comunidades terapêuticas como estudo de caso, utilizando imagens e quadros comparativos a fim de pontuar critérios a serem adotados na comunidade em questão.

No terceiro capítulo, trata-se da caracterização do objeto de estudo, onde o terreno será analisado, abordando as viabilidades para com o anteprojeto proposto e a legislação da Prefeitura da cidade de Igarassu.

O quarto capítulo apresentará o programa com um pré-dimensionamento, organograma e fluxograma, que serviu como base para elaboração do anteprojeto da Comunidade Terapêutica, assim como o memorial descritivo e a representação gráfica do anteprojeto da Comunidade Terapêutica em Igarassu.

## 1. REFERENCIAL TEÓRICO

---

Este capítulo tratará do processo conceitual das CTs, da dependência química e da definição e regulamentação da ANVISA para as CTs. Esses conceitos fundamentais serão embasados em diversos autores, que justificará de forma técnica e teórica o presente trabalho.

### 1.1. A DEPENDÊNCIA E O DEPENDENTE QUÍMICO

O uso de substâncias psicoativas é uma prática milenar e universal. O homem sempre buscou maneiras de aumentar o seu prazer, de diminuir seu sofrimento (MARTINS & CORRÊA, 2004), por finalidades religiosas ou culturais, curativas, relaxantes ou simplesmente prazerosas, por meio de utilização das substâncias psicoativas. Tal prática caracteriza-se por comportamentos impulsivos e recorrentes de utilização de uma determinada substância para obter a sensação de bem-estar e de prazer, aliviando sensações desconfortáveis como ansiedade, tensões, medos, insegurança e outras. Na atualidade a dependência química tornou-se um grave problema de social e de saúde, que vem sendo discutido e divulgado (PRATTA & SANTOS, 2009).

A partir de estudos iniciados no século XIX, sobre o comportamento do homem ligado aos aspectos saúde/doença, chegou-se à conclusão de que o contexto da época gerou uma desumanização do homem na sociedade, não coincidindo com as necessidades reais de saúde de uma população (QUEIROZ, 1986).

O uso de drogas segue a evolução das culturas. Essa freqüente utilização também foi observada com a urbanização decorrente da Revolução Industrial, a qual possibilitou que os médicos observassem mais os pacientes e seus consumos excessivos, produzindo os primeiros textos referentes aos problemas de saúde, inicialmente, de bebidas alcoólicas.

Como fruto dessa nova sociedade cada vez mais “coisificada”<sup>1</sup> - essa sociedade do consumismo exacerbado reflete os valores, ou a falta deles na sociedade, parafraseando o filósofo Descartes “Consumo, logo existo”- o homem acaba deixando de lado valores humanos e afetivos. Assim “a drogatização não é mais do que uma consequência da alienação histórico-social, política e econômica, através da qual se manifesta a dramática dissociação em que vivemos” (KALINA, 1999, p.88). Ela é um reflexo da crise que atravessamos que com base nos estudos abrange a dimensão familiar, social e individual.

Os tratamentos para os usuários de drogas até a metade do século XX, baseava-se no modelo biomédico, onde tudo estava diretamente relacionado à assistência psiquiátrica, ou seja os dependentes eram encaminhados para instituições psiquiátricas, mas não havia um tratamento especializado, utilizando as mesmas técnicas empregadas nos demais internos.

A dependência química foi reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como doença, em sua Carta Magna de abril de 1948, a qual propôs um conceito de saúde diferenciado (REZENDE, 1986). Para a OMS, a saúde corresponde a um estado de completo bem estar físico, mental e social. Com isso percebeu-se que a saúde é algo mais amplo e complexo, que não depende exclusivamente da condição biológica.

A dependência química, como uma doença que envolve aspectos biopsicossociais, e o curso de seu tratamento deve procurar oferecer intervenções nas três áreas (biológica, psicossomática e social) para alcançar maior eficácia. Apresenta-se sob duas formas: a dependência física<sup>2</sup> e psicológica<sup>3</sup> da substância.

---

<sup>1</sup> Sociedade coisificada é um processo no qual se perde os valores humanos e morais pelo valor material, definindo-se como uma sociedade consumista.

<sup>2</sup> Entende-se por dependência física a necessidade de consumir uma substância para evitar sinais de desconforto trazidos pela falta da droga e manter o equilíbrio criado entre a presença constante da droga e o organismo.

<sup>3</sup> A dependência psicológica a incapacidade de vivenciar sensações de prazer psicológico sem que uma substância estivesse presente e as alterações de comportamento implementadas pelo usuário a fim de garantir o suprimento constante da droga.

A Síndrome de Abstinência é resultado da dependência física e psicológica da substância e apresenta sintomas físicos tais como: tremores, náuseas, insônia, inquietação motora, dores pelo corpo e sintomas psicológicos tais como: angústia, tristeza e dificuldades de concentração a partir do momento em que o indivíduo para de usar a droga na frequência e quantidade habituais. Nesse caso, o dependente tem a sensação de ser incapaz de realizar qualquer atividade cotidiana sem o consumo da droga, mesmo que não tenha nenhum sintoma físico característico da abstinência.

Atualmente o usuário é dependente de qualquer tipo droga tem direito à tratamento pelo Poder Público. Já existem programas terapêuticos geridos por ONGs ou por instituições privadas que desenvolvem espaços de reabilitação, denominados de comunidades.

## 1.2. CONCEITO E FUNCIONAMENTO DE COMUNIDADE TERAPÊUTICA E A FUNÇÃO DA FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS (FEBRACT)

Em 1860 fundou-se uma instituição religiosa chamada Oxford e seu objetivo era o renascimento espiritual da humanidade. Buscava um estilo de vida mais fiel aos ideais cristãos, por meio da leitura e comentários da Bíblia. Com o passar dos anos, constatou que 25% dos seus participantes eram alcoolistas em recuperação. Através desse dado os participantes tomaram a iniciativa de se reunirem para partilhar as experiências e suas conquistas e assim nasceu o primeiro grupo de Alcoólicos Anônimos, em 1935, tornando-se um grupo de auto-ajuda, tomando proporções mundiais (FRACASSO, 2006).

Em 18 de setembro de 1958, Chuck Dederich e um pequeno grupo de alcoolistas em recuperação decidiram viver juntos buscando um estilo de vida alternativo e uma maneira de ficarem em abstinência, adotando um sistema de relacionamento direcionado em uma atmosfera carismática e terapêutica. E

assim fundou em Santa Mônica, na Califórnia, a primeira Comunidade Terapêutica (CT) que se chamou Synanon (FRACASSO, 2006).

O objetivo da internação das CTs é funcionar como uma forma de retiro e reflexão da pessoa sobre a sua vida e os prejuízos advindos de seu consumo de drogas utilizando os 12 passos dos Alcoólicos Anônimos (AA)<sup>4</sup>. Os 12 passos dos AA é um programa criado nos Estados Unidos em 1935 por William Griffith e Doutor "Bob" Smith, inicialmente para o tratamento de alcoolismo mais tarde estendido para praticamente todos os tipos de dependência química. Uma das características mais amplamente conhecidas do programa é a tradição de, nas reuniões, os membros se apresentarem pelo primeiro nome e admitirem que tem um problema.

Essa filosofia dos 12 passos dos AA deve estar inserida nas CTs possibilitando a aprendizagem social e assim oferecendo a oportunidade de interagir, escutar, aprender, projetar, envolver-se e crescer de maneira que, normalmente reflita a capacidade e o potencial individual e coletivo das pessoas que dele fazem parte.

Segundo dados oficiais da Federação Brasileira das Comunidades Terapêuticas (2006), o Brasil conta com 80 comunidades filiadas. Contudo, sabe-se que esses dados não refletem a realidade numérica dessas instituições, pois existem ainda várias CTs em funcionamento que não são filiadas a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT). Muitas destas CTs não se encontram adequadas, estruturalmente e/ou funcionalmente, às normas mínimas exigidas para o funcionamento desses locais, segundo a Resolução nº 101 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária em parceria com a Secretaria Nacional sobre Drogas (ANVISA, 2001), que submete esses locais aos conselhos de entorpecentes municipais, estaduais, federal e à vigilância sanitária (SABINO & CAZENAVE, 2005).

---

<sup>4</sup> A filosofia dos 12 Passos, dos Alcoólicos Anônimos (AA) manifesta um impacto profundo e positivo na manutenção da abstinência e no estilo de vida. Estes resultados comprovam-se através dos Grupos de Ajuda-Mutua que possuem reuniões ministradas com o objetivo de oferecer aos residentes aprendizados e reflexões sobre os passos, princípios espirituais e toda a literatura dos Narcóticos Anônimos.

Em pesquisa realizada sobre o perfil das CTs pelo Ministério da Saúde em setembro de 2004, viu-se que do total de 339 CTs do país que faziam internação integral para usuários de álcool e outras drogas, 55% encontravam-se na região Sudeste, cerca de 30% no Sul e que as demais regiões do país concentram apenas 15% das instituições deste tipo.

A maioria absoluta das comunidades (73%) foi implantada a partir da década de 1990 e atendem, principalmente, homens (77%). As modalidades de tratamento oferecido são várias: medicamentoso, psicoterápico, educacional, de ajuda mútua e outros. A orientação religiosa, como componente do tratamento, estava presente em 93% dessas comunidades (RAMEH-ALBUQUERQUE, 2008). De acordo com os dados da FEBRACT, 30% a 35% das pessoas que freqüentaram CTs deixaram definitivamente de consumir drogas (SERRAT, 2002).

Há ainda muito desconhecimento e preconceito em relação às CTs, principalmente pela escassez de Comunidades Terapêuticas para o devido tratamento. As CTs em funcionamento foram fundadas por iniciativa de ex-usuários de drogas, segundo o modelo daquela na qual obtive a recuperação; ou por entidades religiosas. Geralmente esses modelos não contam com os recursos e a formação necessária para adequar seu funcionamento aos requisitos exigidos por lei.

### 1.3. LEI DA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA) PARA AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Em maio de 2001, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) instituiu a Resolução RDC nº 101/01, estabelecendo um regulamento técnico disciplinando as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de CTs, na atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso nocivo de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial. Na definição da ANVISA (2001),

Comunidades Terapêuticas são serviços urbanos ou rurais, de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de SPA, em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial. São unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientados, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e de reinserção social.

A ANVISA (2001) determina que os serviços que atendem dentro do modelo psicossocial respeitem o critério de voluntariedade e não discriminação por nenhum tipo de doença associada, não restringindo as adesões pelo grau de comprometimento e manutenção do tratamento. Referem ainda que a situação social, familiar e legal da pessoa com transtornos decorrentes de uso problemático de substâncias psicoativas não seja condição restritiva ao tratamento, e que a admissão seja feita mediante prévia avaliação diagnóstica, clínica e psiquiátrica, cujos dados deverão constar em uma ficha de admissão.

As casas abertas a partir da resolução podem atender no máximo 60 pessoas, divididas em dois pavimentos. Antes, as casas poderiam atender até 90 pessoas, divididas em três unidades.

A nova lei (ANVISA, 2001) também proíbe o atendimento de pessoas com comprometimento psíquico e orgânico graves, como crises convulsivas, arritmias cardíacas e hemorragias digestivas decorrentes da dependência química. Quando as pessoas apresentam estes tipos de problemas, elas devem ser encaminhadas para serviços de saúde especializados e clínicas psiquiátricas. As Comunidades Terapêuticas passam a ser um ambiente para a recuperação psicossocial por meio do convívio do dependente com outras pessoas que têm o mesmo problema.

Em sua resolução é sugerido para sua estrutura física, uma lista de ambientes separados por setores de funcionamento. Essa lista ajuda a compreensão do



funcionamento da CT e como pode ser organizada deixando clara a importância da separação e ordenamento dos ambientes.

#### 1.4. AMBIENTES HUMANIZADOS

O espaço é capaz de exercer uma ação sobre o comportamento humano, contribuindo para moldá-lo, e sofrendo também, em contrapartida, ações de seus usuários no sentido de ajustá-lo às suas necessidades e à sua realidade.

No caso dos estabelecimentos assistenciais de saúde, como é o caso das CTs, o interno luta para recuperar sua saúde, passando por condições extremas de estresse por estar em condições limites de fragilidade emocional em sua luta contra o vício e ressocialização.

A arquitetura pode ser um instrumento terapêutico se contribuir para o bem-estar físico do paciente com a criação de espaços que desenvolvam condições de convívio mais humanas. O conforto ambiental tem primazia, devido a sua grande influência nos processos de cura dos pacientes internados. Compreender estes mecanismos tem sido um desafio para os arquitetos, para que possam projetar suportes espaciais mais adequados.

O espaço ideal para tratamento/moradia, um espaço de aconchego e proteção, em contraposição à frieza e impessoalidade do espaço institucional (FONTES, 2003). Em seu estudo de caso (A Casa do Sol- Centro Psiquiátrico) demonstrou o desejo dos internos para que os ambientes do hospital se abrissem para os amplos jardins existentes.

Os pátios e jardins se mostravam ali portadores de referências da "casa onírica"<sup>5</sup> (BACHELARD, 1993), como uma forma de suprir a necessidade de fuga e liberdade, e até mesmo de despertar algum sentimento de unidade da imagem da lembrança e da unidade da imaginação e memória. A busca do bem-estar através de processos mentais, tais como percepção, memória,

---

<sup>5</sup> “existe para cada um de nós uma casa onírica, uma casa de lembrança-sonho, perdida na sombra de um além do passado verdadeiro” (BACHELARD,1993: p. 207 ).

raciocínio e resposta motora conforme afetem as interações entre seres humanos e outros elementos de um sistema.

O reconhecimento da necessidade de se criar ambientes que sejam, além de funcionais, focados no usuário e suas condições psicossociais, capazes de proporcionar bem-estar, reduzir o estresse e favorecer processos de recuperação da saúde.

Assim, o projeto deve ser pensado visando contribuir para a redução do estresse e proporcionar o bem-estar, através da identificação e eliminação de fatores que desencadeiam este estresse e da valorização de fatores que podem contribuir para o bem-estar.

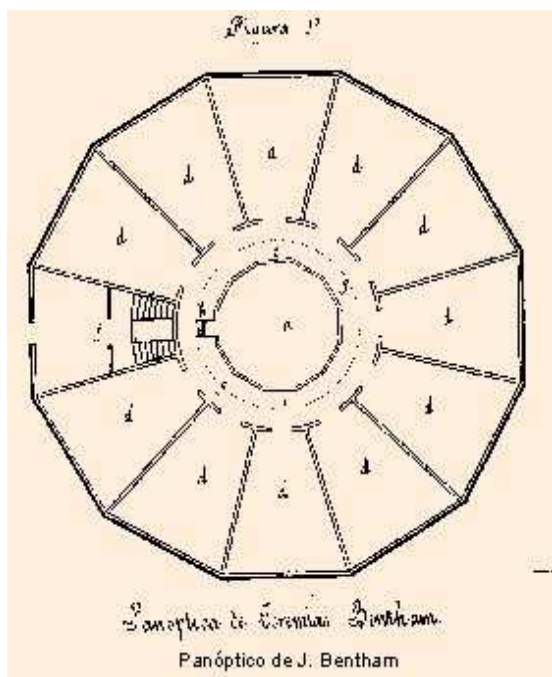
A humanização do ambiente físico hospitalar, ao mesmo tempo em que colabora com o processo terapêutico do paciente, contribui para a qualidade dos serviços de saúde prestados pelos profissionais envolvidos. A natureza transversal dessa política envolve todos os atores e pode ser colocada em prática de imediato, porque exige apenas decisão de mudar a forma de ver o outro.

## 1.5. VIGIAR SEM PUNIR

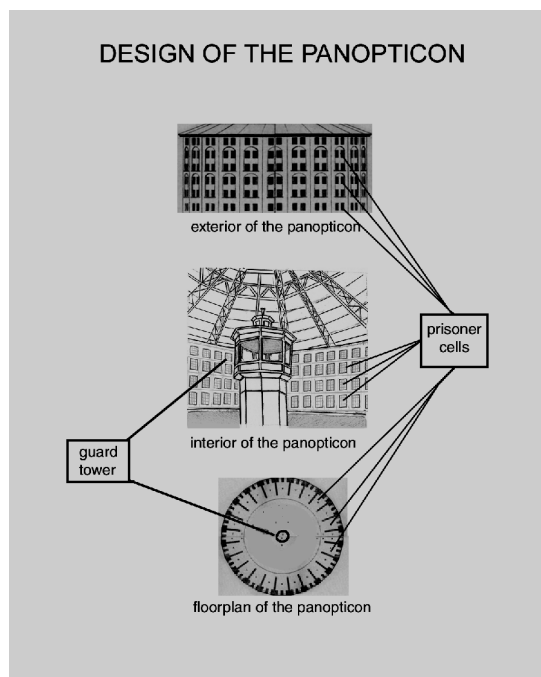
Em seu livro *Vigiar e Punir* (1987), Foucault explica os sistemas de vigilância, seja pela reclusão ou pela vigilância somada à obediência. Citando também as técnicas de reclusão individual, incluindo asilos, hospitais psiquiátricos e penitenciários, como uma expressão do poder disciplinar determinado pela separação.

Como um modelo de sistema de vigilância a ser estudado, Foucault cita, e analisa sob a sua ótica, o Panóptico, modelo de sistema de reclusão imaginado por Jeremy Bentham.

O Panóptico era um modelo de arquitetura no qual a edificação era em forma de anel, no centro havia um pátio com uma torre. O anel dividia-se em pequenas celas que davam tanto para o interior quanto para o exterior. Essas celas eram ocupadas pelos indivíduos que estavam sendo observados através da torre central, durante todo o tempo, sem que veja o seu observador, era o poder disciplinador da vida do interno. (ver figura 01 e 02)



**FIGURA 01:** Panóptico de J. Bentham  
**FONTE:** Google imagens



**FIGURA 02:** O design do Panóptico  
**FONTE:** Google imagens

Esse sistema panóptico de vigilância anulava a necessidade de combater a violência física, combatendo-a antes, com o mecanismo de ordem psicológica, ou seja, o interno (aprisionado e vigiado) não possui nem a oportunidade de fazer o mal, pois se sentiria imerso em um campo de visibilidade.

Em uma CT é necessário que exista um sistema de vigilância e monitoramento dos internos (dependentes químicos) os quais possuem uma doença que o leva a progressivas mudanças de comportamento. A fase do tratamento mais delicada é a fase da abstinência, o qual o corpo necessita da substância química, em resposta dessa dependência, em alguns casos, o interno descontroladamente tenta fugir da CT. Não apenas nesse caso necessita-se de vigilância dos internos, o monitoramento dos coordenadores de grupo é

bastante importante para que haja um acompanhamento de suas melhoras e de seus comportamentos.

Através do estudo da visão panóptica, pode-se concluir que o ambiente gerado por esse sistema de vigilância não se encaixa em uma CT, pois a comunidade necessita sentir-se confortável no ambiente de tratamento propondo assim neste trabalho a “inversão” do sistema panóptico. A fim de retirar o impacto de uma torre central de vigilância onde o centro passaria a ser utilizado para a convivência dos internos- um contato entre os internos- e os demais ambientes (blocos) seriam dispostos definindo o perímetro da comunidade.

## 2. ESTUDOS DE CASO

---

Para o melhor entendimento da utilização dos espaços das CTs é fundamental a pesquisa “in loco”, pois os estudos de caso são ferramentas para a identificação e pontuação dos problemas e das potencialidades. Esses estudos geram parâmetros que servem de embasamento para as diretrizes a serem seguidas na elaboração do anteprojeto arquitetônico.

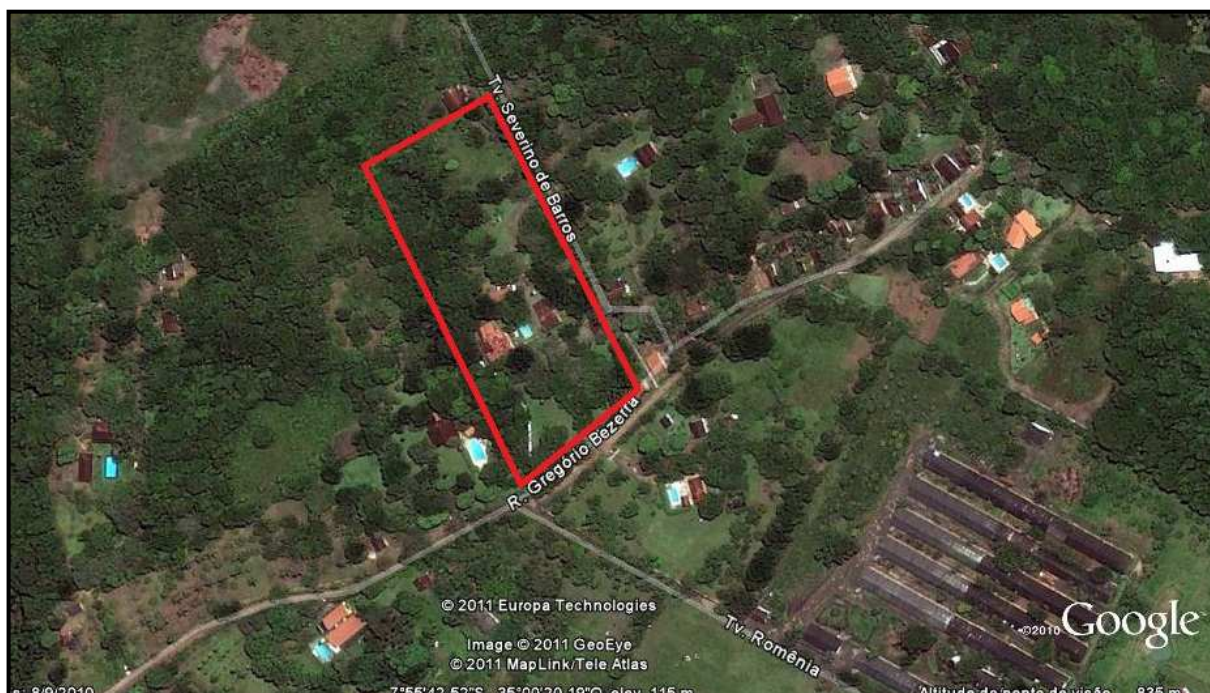
Ao entrar em contato com a conceituada ONG - Comunidade Terapêutica Recanto Paz – ela disponibilizou, com algumas restrições, o estudo das suas duas unidades em Pernambuco, uma em Aldeia e outra em Igarassu, denominadas Recanto da Paz Aldeia, Recanto Paz Igarassu. A ONG é especializada em promover a saúde orgânica e mental de dependentes químicos e de álcool, que já funciona há mais de 8 anos em São Paulo. A ONG chegou ao Estado trazendo toda a sua experiência no tratamento de dependentes químicos.

Cada comunidade terapêutica Recanto Paz tem capacidade para atender 60 adultos do sexo masculino. Conta com uma equipe multidisciplinar composta por médicos, psicólogos, técnicos em dependência química (com experiência adquirida em São Paulo), professores de educação física, conselheiros e monitores em regime de plantão 24 horas. O espaço físico e a localização da Comunidade permitem ainda que seja desenvolvida, através de parcerias, capacitação profissional dos residentes e promoção de atividades para prevenção e recuperação da dependência química.

### 2.1.COMUNIDADE RECANTO PAZ ALDEIA

A comunidade Recanto Paz Aldeia localiza-se no Rancho Parari, em Aldeia, o acesso é por uma estrada de barro, não acessível em época de chuva. O terreno possui dois hectares com bastante área verde, considerados ótima dimensão para distribuir os blocos e as atividades terapêuticas.

Sua vizinhança é composta por ranchos e chácaras, de gabarito baixo em terrenos extensos, como pode ser visualizado na imagem abaixo (Figura 03).



**FIGURA 03:** Imagem satélite da CT Recanto Paz Aldeia (terreno delimitado em vermelho).

**FONTE:** Google Earth, 2011

A CT Aldeia, conta com uma infra-estrutura adaptada para atender os residentes, como ocorre na grande maioria. As comunidades instalam-se em antigas chácaras ou ranchos, e passam por pequenas reformas para atender o novo uso.

A Comunidade Recanto Paz Aldeia, instalou-se em um antigo rancho e conta 11 quartos para acomodar 60 internos, distribuídos entre a casa principal (com cinco quartos), a casa dormitório (com quatro quartos) e a casa anexada ao refeitório (com três quartos), com quatro ou seis pessoas em cada quarto. O rancho é composto por seis blocos ocupados com áreas de serviço, estar e íntimo, dispostos separadamente dentro do terreno.



**FIGURA 04:** Planta Baixa Geral da CT Recanto Paz Aldeia.  
**FONTE:** Acervo Autora, 2011

Com pode ser observado na Figura06, o número de leitos por quarto é superior ao permitido pela ANVISA, a qual solicita 5,5m<sup>2</sup> para cada cama e entre elas 1metro de distância. Portanto pode-se concluir que o número de leitos excede o permitido, e esta situação encontra-se presente em quase todos os demais quartos.



**FIGURA 05:** Vista externa da casa principal.  
**FONTE:** Juliana Selbman, 2011



**FIGURA 06:** Vista interna dos quartos.  
**FONTE:** Juliana Selbman, 2011

Essas e outras situações de superlotação dos quartos mostram o quanto à adaptação da CT Recanto Paz Aldeia no antigo rancho, não gerou um espaço

que atendesse as questões de acessibilidade nem as novas dimensões (estabelecidas pela ANVISA), refletindo assim, um ambiente deficiente em alguns pontos, tanto nas execuções das atividades, como na parte de acessibilidade.

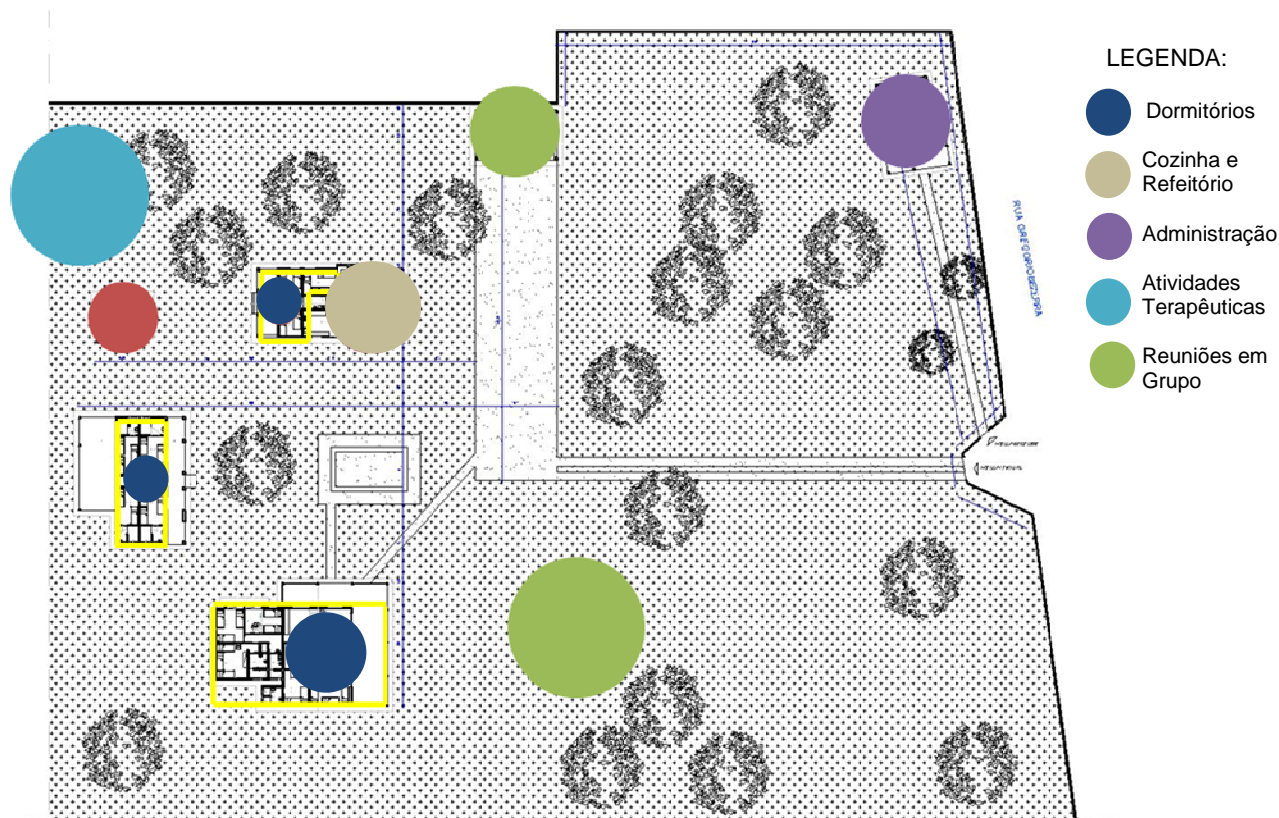
Para se compreender melhor o sistema de funcionamento da comunidade, e as atividades que ali são exercidas a maneira mais didática seria separá-las em grupos, a fim de exercer um fluxograma favorável aos deslocamentos dos internos.

Essas atividades poderiam ser divididas da seguinte maneira: atividades físicas e/ou terapêuticas (esporte, teatro, etc.); atividades domésticas (cozinha, limpeza geral, etc.); atividades em grupo (reuniões em grupo de auto-ajuda); atividades administrativas (compostas pelos médicos, psicólogos, administradores, monitores, etc.); e atividade hospedagem (quartos e bwc). Formando assim cinco grupos de atividades distintas, gerando blocos que precisam ser integrados fisicamente no terreno, para que haja uma funcionalidade do local como um todo.

De acordo com a ANVISA, cada bloco de hospedagem (dormitórios + bwc) pode ter no máximo trinta internos, ou seja, trabalhando a CT com a capacidade máxima (60 internos), seriam necessários no mínimo dois blocos de hospedagem. No caso da CT Aldeia divide seus sessentas internos em três diferentes blocos, como já foi citado anteriormente.

Por ser uma adaptação, a CT Recanto Paz Aldeia não possui uma setorização. Tornando-se um espaço sem organização e sem lógica em suas mobilidades. A conclusão gerou a planta baixa da Comunidade Recanto Paz Aldeia (Figura 07 abaixo).





**FIGURA 07:** Planta Baixa da Comunidade Recanto Paz Aldeia, com análise das atividades.

**FONTE:**Desenvolvido pela autora, 2011.

Analisando a figura 07, pode-se concluir que a adequação ao ambiente já existente com as atividades da CT, foi exercida de maneira provisória, pois a CT tentou ajustar-se ao máximo fazendo o mínimo de reformas possíveis. Pode ser notado na Figura 07, que existe um bloco que possui dois tipos de atividades bastante distintas.

Essa situação dificulta no desempenho das atividades, por exemplo, no caso do bloco 03 (ver figura04), encontra-se dois tipos de atividades (ver figura 07): a atividade doméstica e a atividade de hospedagem. Durante o dia os internos ficam circulando pelos quartos, ou para pegar objetos pessoais ou para utilizar os banheiros, e essa circulação atrapalha a execução das tarefas domésticas (cozinha/refeitório) esse problema não existiria caso houvesse essa setorização e, conseqüentemente, a divisão de blocos referente a cada grupo de atividade, ver figura 06.



**FIGURA 08:** Vista externa do bloco03 (cozinha/refeitório/hospedagem).

**FONTE:** Juliana Selbman, 2011.

A equipe médica multidisciplinar composta por médicos, psicólogos, técnicos em dependência química da Comunidade Recanto Paz Aldeia, possui postos de trabalho em um bloco distinto dos dormitórios (ver figura04, bloco 01- Recepção e consultórios). Neste bloco estão os consultórios, e a parte administrativa. Atualmente os postos de trabalho médico não se interligam com os demais blocos, pois é necessário que se localizem junto aos dormitórios, como uma sala de observação (dormitório com apoio e presença de um plantonista).



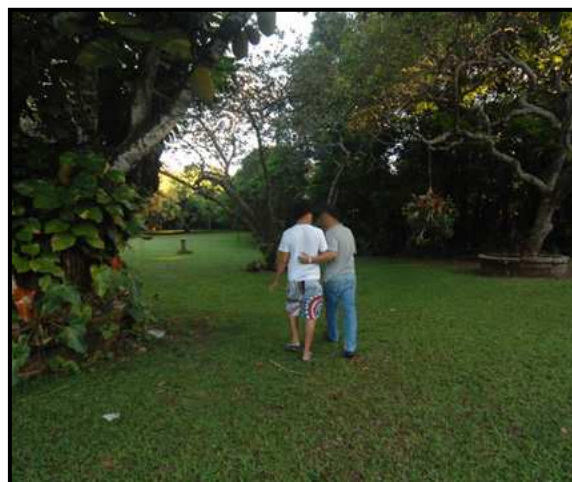
**FIGURA 09:** Vista externa do bloco com os consultórios.

**FONTE:**Juliana Selbman, 2011.

“Os residentes são tratados em regime de internação baseada na filosofia dos 12 passos das Irmandades Anônimas (Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos)”, acrescenta Fabrício (atual responsável e membro da Federação). A filosofia do grupo é reunir-se para discutir seus problemas, compartilhar suas vitórias e dar apoio mútuo (ver figura 11), o que leva em média seis meses, dos quais 4 meses são de internação e 2 meses de ressocialização.



**FIGURA 10:** Vista externa área de convívio (piscina).  
**FONTE:** Juliana Selbman, 2011.



**FIGURA 11:** Área externa, atividades terapêuticas.  
**FONTE:** Juliana Selbman, 2011.

Os internos passam por uma série de atividades visando o reconhecimento da dependência química como doença e também obtendo ferramentas suficientes para manutenção da abstinência e reinserção social. As entidades envolvidas no processo ainda oferecem orientação à família e as encaminham ao grupo de apoio ‘Amor Exigente’, além de acompanharem o paciente na prevenção da reincidência pós-internação.

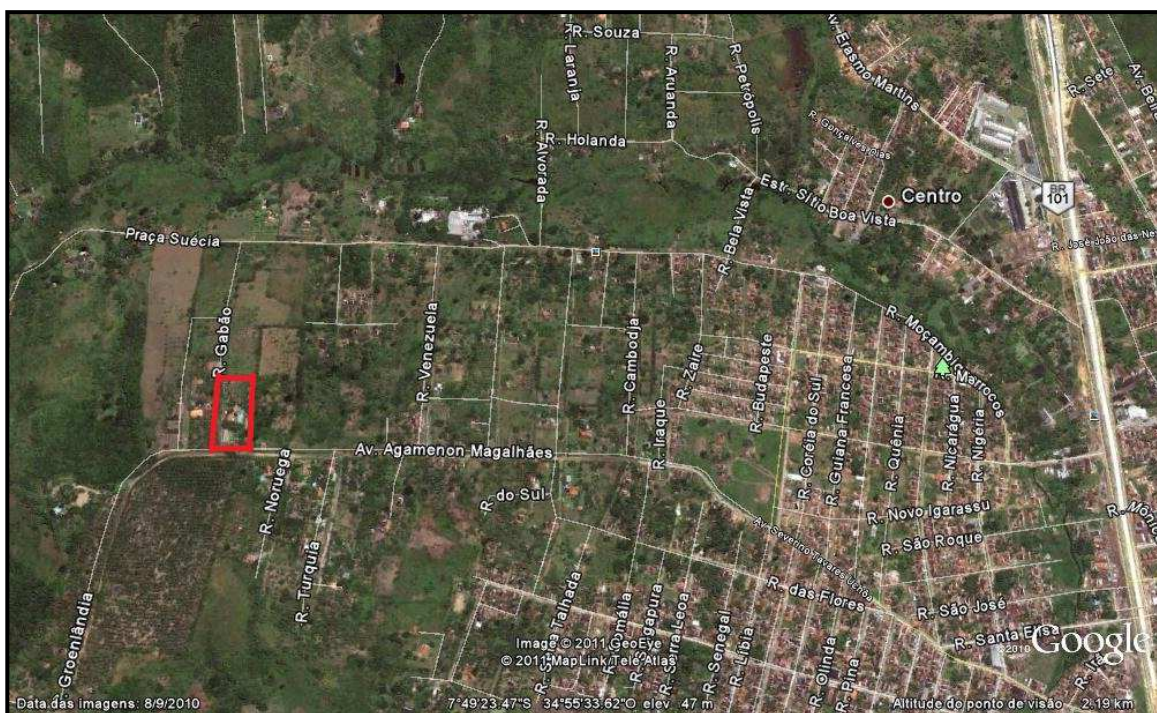


**FIGURA 12:** Vista área externa, área livre com vegetação.  
**FONTE:** Juliana Selbman, 2011.

Analisando a infra-estrutura e os equipamentos para as atividades da comunidade de Aldeia, pode-se dizer que esta é razoável. Embora haja uma superlotação nos dormitórios, a comunidade conta com a presença de grandes áreas livres com vegetação natural (ver figura12). Este fato traz ao ambiente um conforto físico e contemplativo. Esse ambiente de tranqüilidade reflete-se no tratamento, pois proporciona reflexão das falhas humanas cometidas fora da comunidade.

## 2.2.COMUNIDADE RECANTO PAZ IGARASSU

A comunidade Recanto Paz Igarassu faz parte da mesma ONG- Comunidade Terapêutica Recanto Paz – foi a primeira unidade instalada em Pernambuco. Localiza-se à Av. Severino Tavares Uchôa, de fácil acesso, próxima a BR-101, como pode ser observado na figura13.



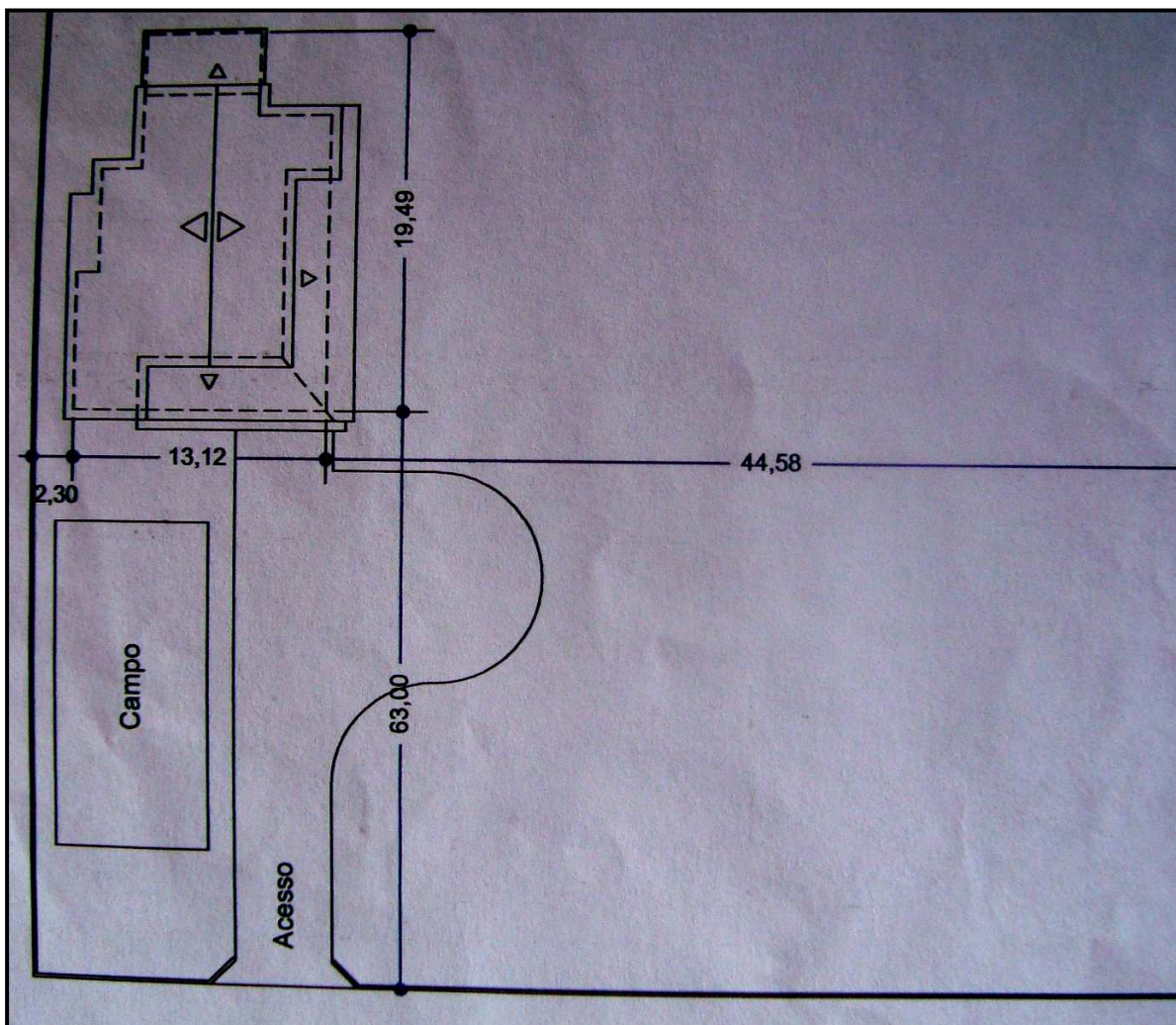
**FIGURA 13:** Imagem satélite da CT Recanto Paz Igarassu (terreno delimitado em vermelho).

**FONTE:** Google Earth, 2011

O terreno possui dois hectares com bastante área verde, três blocos construídos e áreas de atividades terapêuticas.

Sua vizinhança é composta por residências e por empresas, localizadas as margens da BR101, todas de gabarito baixo em terrenos extensos, figura13.

A CT Recanto Paz Igarassu, conta com uma infra-estrutura adaptada em antigas residências para atender os internos. Diferente do caso de Aldeia, em Igarassu na aquisição do imóvel encontrou-se apenas uma casa com área de lazer (campo e piscina), apresentado na figura 14, a qual foi adaptada para hospedagem e cozinha (figura 13).



**FIGURA 14:** Planta Baixa da situação encontrada pelos responsáveis.  
**FONTE:** Acervo Autora, 2011.

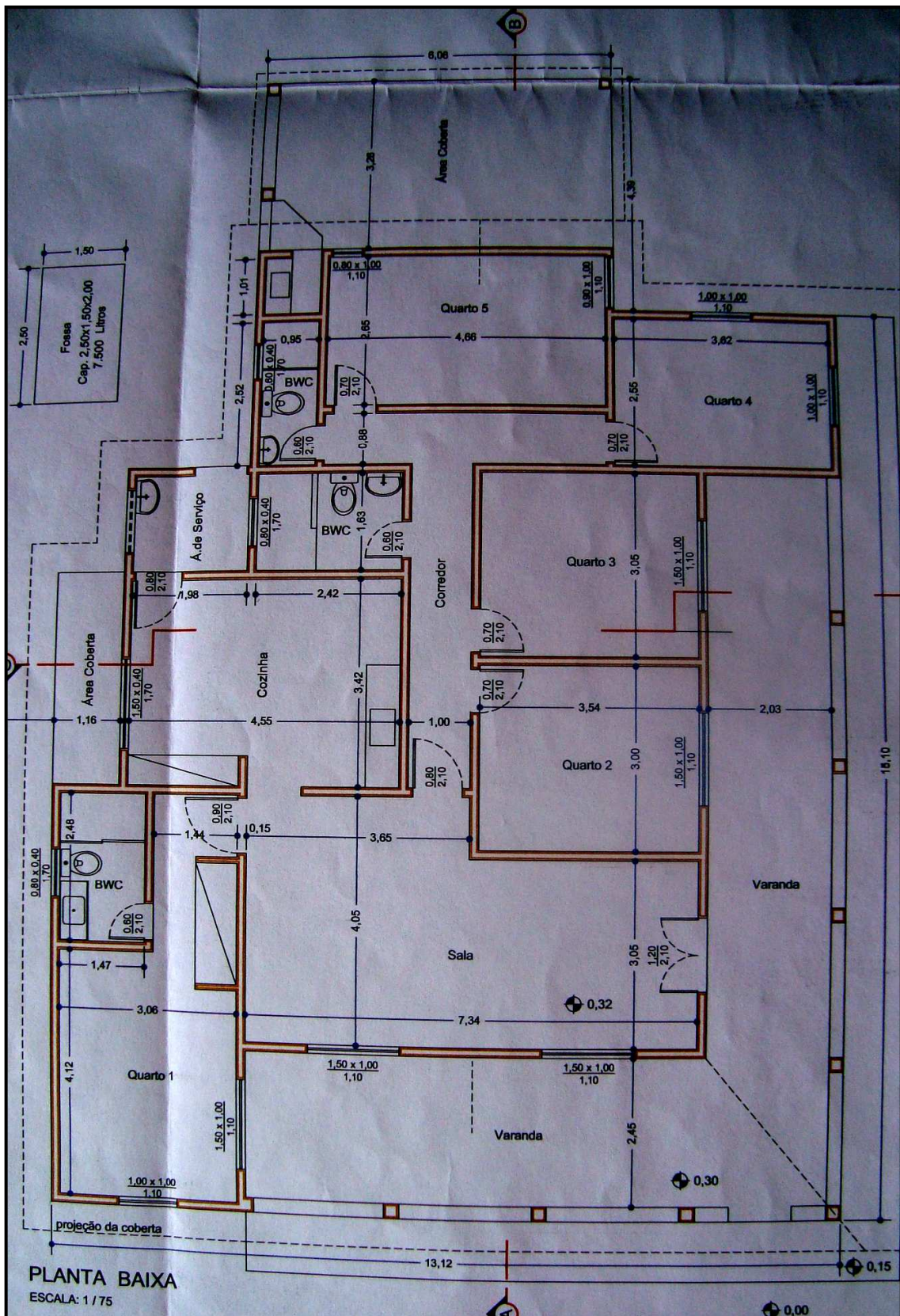


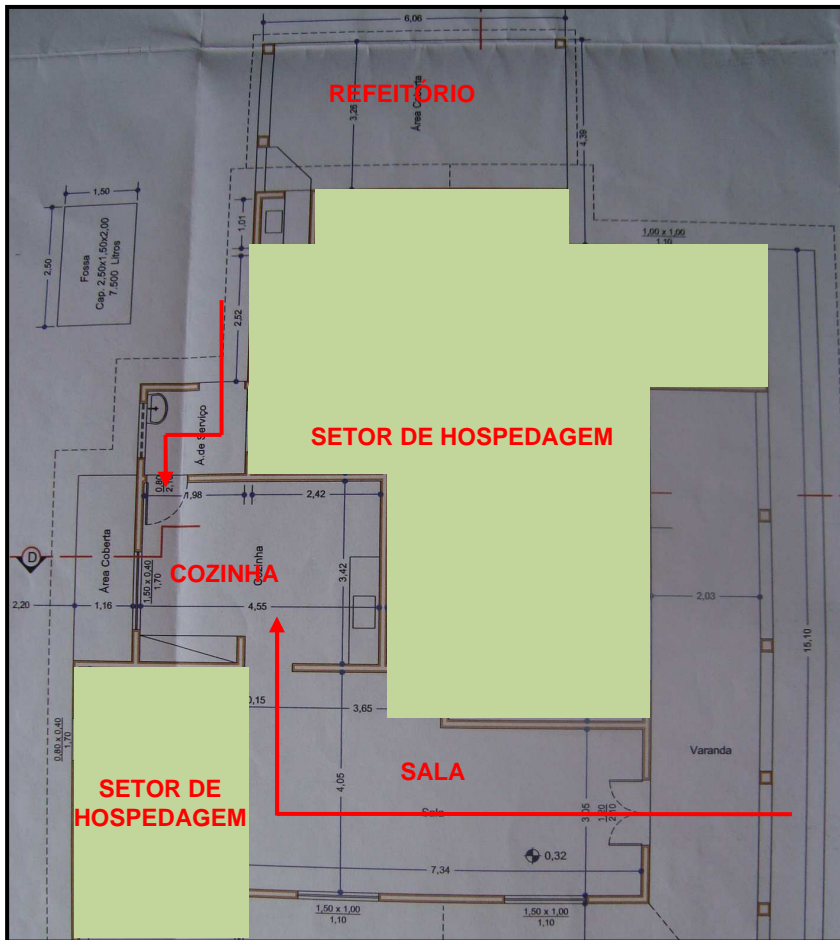
FIGURA 15: Planta Baixa da adaptação .  
 FONTE: Acervo Autora, 2011.

O caso de adaptação da Comunidade Recanto Paz Igarassu, é bem diferente do caso da Comunidade Recanto Paz Aldeia, pois em Igarassu a adaptação foi construir dois novos blocos (um com a recepção, outro para hospedagem dos internos) e reformar a casa existente. Pode-se dizer que esta solução foi mais eficaz que a da CT de Aldeia.

A casa reformada (figura 15) apresenta o número de leitos por quarto superior ao permitido pela ANVISA, a qual solicita 5,5m<sup>2</sup> para cada cama e entre elas 1 metro de distância.

A CT Igarassu conta com todas as mesmas atividades da CT de Aldeia, ou seja: atividades físicas e/ou terapêuticas (esporte, teatro, etc.); atividades domésticas (cozinha, limpeza geral, etc.); atividades em grupo (reuniões em grupo de auto-ajuda); atividades administrativas (compostas pelos médicos, psicólogos, administradores, monitores, etc.); e atividade hospedagem (quartos e bwc). Formando assim cinco grupos de atividades distintas, gerando blocos que precisam ser integrados fisicamente no terreno, para que haja uma funcionalidade do local como um todo.

A CT Recanto Paz Igarassu não possui uma setorização. Mas, devido à menor quantidade de blocos consegue manter-se organizada em suas atividades, tais como: a atividade doméstica da cozinha anexa aos cinco quartos (bloco reformado adaptado), possui uma circulação individual com duas opções de acesso, uma através da área de serviço e outra da sala, figura 16 abaixo. Um ponto que se deve chamar atenção é a distância entre a cozinha e o refeitório, e o grande número de interno. Esta distância resulta no uso dos outros dois ambientes tornando a refeição uma atividade de grupos.



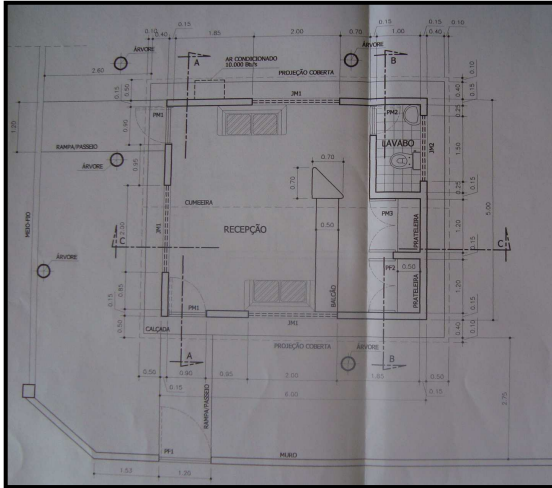
**FIGURA 16:** Planta Baixa da adaptação.

**FONTE:** Elaborado pela Autora, 2011.

Analisando a planta baixa, conclui-se que a adequação do ambiente já existente com as atividades da CT, foi exercida de maneira provisória, como na maioria das CTs. Essas adequações geram blocos com mais de uma atividade e isto resulta em deficiências no dia a dia dos internos.

Enquanto que no bloco da recepção, com espaço amplo e confortável para os usuários e os trabalhadores (ver figura 18), esta deficiência não ocorre por não existir o desempenho de várias atividades. A recepção desenvolve apenas a atividade para a qual foi destinada.





**FIGURA 17:** Planta Baixa da adaptação.  
**FONTE:** Elaborado pela Autora, 2011.



**FIGURA 18:** Vista Externa do Bloco de Administração.  
**FONTE:** Juliana Selbman, 2011.

A equipe médica multidisciplinar, como na CT de Aldeia, é composta por médicos, psicólogos e técnicos em dependência química. A CT Igarassu possui a mesma deficiência que a de Aldeia, referente aos postos de trabalho em bloco distinto dos dormitórios, onde seria necessária a presença de áreas para plantonistas (atendimentos de emergência e noturnos).

A planta de locação e cobertura da CT Recanto Paz Igarassu não foi disponibilizada. Na visita feita “in loco” percebe-se que a relação terreno/implantação dos blocos em Igarassu, é melhor que a de Aldeia. Em Aldeia os blocos foram dispostos no terreno muito próximo diferente de Igarassu (ver figuras 19 e 20).



**FIGURA 19:** Vista Externa do novo Bloco de hospedagem.  
**FONTE:** Juliana Selbman, 2011.



**FIGURA 20:** Vista Externa do Bloco adaptado.  
**FONTE:** Juliana Selbman, 2011.

Analisando as figuras 19 e 20 nota-se que o ambiente formado entre os blocos torna-se mais agradável, pois existe uma melhor interação com a área livre encontrada.

Assim como na CT Aldeia os internos passam em média seis meses em tratamento, dos quais 4 meses são de internação e 2 meses de ressocialização, baseado na filosofia dos 12 passos dos NA (Narcóticos Anônimos), na qual o grupo reúne-se para dar apoio mútuo, uma maneira mais “fácil”, já que todos se encontram na mesma situação (necessitam de ajuda e compreensão).

É na busca da ressocialização que o ambiente interfere na melhora do interno, transmitindo-lhe motivação e não depressão. Por este motivo o ambiente deve ser distante do corre-corre da cidade, inserido em área livre, próximo a natureza (ver figuras 21 e 22), oportunizando atividades de lazer jogos de campo, passeios, etc.



**FIGURA 21:** Vista Externa da área de lazer.  
**FONTE:** Juliana Selbman, 2011.



**FIGURA 22:** Vista Externa da área de lazer.  
**FONTE:** Juliana Selbman, 2011.

Analisando a infra-estrutura e os equipamentos para as atividades da comunidade de Igarassu, pode-se dizer que esta é razoável e supera um pouco a infra-estrutura da comunidade Recanto Paz Aldeia.

Embora os dormitórios não estejam de acordo com os parâmetros previstos pela ANVISA, Igarassu conta com apenas dois blocos de hospedagem. Isto facilita a setorização e a distinção das tarefas.

### 2.3. QUADRO COMPARATIVO DA ANÁLISE DOS ESTUDOS DE CASO

O próprio ambiente das CTs gera uma restrição ao público externo, ou seja, de início eles não possuem contato algum com as pessoas de fora, apenas uma vez por mês no encontro de famílias. Por haver essa restrição houve uma grande dificuldade para as coletas de informações e principalmente de imagens, pois são ambientes que procuram manter o paciente em sigilo, afim de que não haja a identificação e a exposição dos internos.

Essa dificuldade de acesso as CTs impossibilitou o terceiro estudo de caso, havendo apenas a análise de duas Comunidades Terapêuticas.

Porém mesmo com apenas dois estudos de caso foi possível identificar os pontos positivos e negativos e as carências e necessidades destas duas CTs existentes em Aldeia e Igarassu, o que possibilita ter uma noção do estado dessas Comunidades no nosso Estado. (ver quadro 01)

Para a elaboração e seleção dos aspectos analisados do quadro de análise, foram levados em consideração aspectos importantes de serem observados para a elaboração de uma nova Comunidade Terapêutica.

TABELA 01 – TABELA DE ANÁLISE COMPARATIVA DOS ESTUDOS DE CASO.

Aspectos Analisados	Recanto Paz Aldeia	Recanto Paz Igarassu
Localização	Em município de característica campestre, o que é positivo.	Em município de característica campestre, o que é positivo.
Implantação	Os blocos ficaram muito próximo uns dos outros, prejudicando a circulação.	Os blocos exploraram ao máximo o terreno, formando boas circulações.
Caracterização (setorização)	Não houve uma setorização.	Não houve uma setorização.
Terreno (Dimensionamento)	Ótimo dimensionamento.	Ótimo dimensionamento.
Espaços necessários	Possui todos os equipamentos necessários, solicitados pela ANVISA.	Possui todos os equipamentos necessários, solicitados pela ANVISA.
Análise Planta Baixa	Mal distribuída devido ao alto índice de adaptação.	A distribuição foi mais bem elaborada que a da CT de Aldeia.
Acessibilidade	Não há acessibilidade.	Não há acessibilidade.
Funcionalidade	Pouco funcional (visto como um todo).	Funcionalidade regular (visto como um todo).
Legalização (ANVISA).	Não atende todos os parâmetros da ANVISA, chamando atenção para a superlotação dos quartos.	Não atende todos os parâmetros da ANVISA.

FONTE: Desenvolvido por Marcela Cavalcanti, 2011.

Através dos estudos de caso podemos observar e concluir que uma CT torna-se um ambiente de grande complexidade onde os blocos devem ser dispostos de maneira segura e funcional, com bastante área de lazer, para não refletir um local hostil, pois nele os internos devem passar no mínimo 4 meses confinados.

Outro ponto importante de ser abordada é que uma CT, não pode ser um espaço adaptado de qualquer ambiente que possua quarto, sala e cozinha. Necessita de um dimensionamento, de uma organização e implantação específica para não provocar resultados negativos.

### 3. ANÁLISE DO OBJETO DE ESTUDO

---

Neste capítulo será realizada uma análise do terreno do anteprojeto, comprovando a viabilidade conforme as legislações da Prefeitura de Igarassu e demais estudos da área.

#### 3.1. ANÁLISE DO MUNICÍPIO

O terreno localiza-se no bairro Sítio dos Marcos, na MZ2 (Macro Zona Igarassu Sede e Cruz do Rebouças) em área urbana e uma Zona de Baixa Densidade do Município de Igarassu- PE (ver figura23).



**FIGURA 23:** Imagem satélite do Terreno Estudado (terreno delimitado em vermelho).  
**FONTE:** Google Earth, 2011

O terreno encontra-se localizado no Município de Igarassu, que está localizado na mesorregião Metropolitana e na Microrregião Itamaracá do Estado de Pernambuco, limitando-se a norte com Goiana, a sul com Paulista e Abreu e Lima e a leste com Itamaracá, Itapissuma e Oceano Atlântico e a oeste com Tracunhaém e Araçoiaba (como pode ser visualizada na figura 24).



**FIGURA 24:** Situação do município na Região Metropolitana do Recife.  
**FONTE:** Plano Diretor Igarassu, 2006.

O clima é do tipo Tropical Chuvoso com verão seco. O período chuvoso começa no outono tendo início em fevereiro e término em outubro.

A vegetação é predominantemente do tipo Floresta Subperenifolia, com partes de Floresta Cerrado/ Floresta.

### 3.2. CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA - ENTORNO

O entorno é composto por edificações de pequeno porte predominantemente residenciais com extensos terrenos (ranchos ou chácaras) e alguns terrenos voltados para empresas que procuram as proximidades da BR101.

Seu acesso principal é pela BR101, sentido Norte, depois PE-35, sentido Itamaracá, e em seguida entra a direita na Rua Santa Marina, conhecida também como a rua do matadouro de Igarassu (ver figuras abaixo), classificada como Via Local.



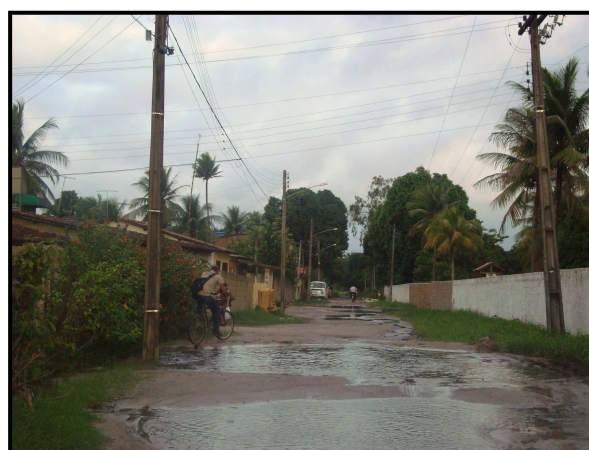
**FIGURA 25:** Vista da PE-35.  
**FONTE:** Acervo da Autora, 2011.



**FIGURA 26:** Vista da PE-35, sentido Itamaracá.  
**FONTE:** Acervo da Autora, 2011.



**FIGURA 27:** Vista do mercadinho da Rua Santa Mariana.  
**FONTE:** Acervo da Autora, 2011.



**FIGURA 28:** Rua Santa Mariana.  
**FONTE:** Acervo da Autora, 2011.

Seu entorno é composto predominantemente de residências de baixa renda, com um único mercadinho situado na rua (ver figura28).

Seu sistema viário é bastante extensivo, visto que se localiza as margens da PE-35, que está ao lado da BR101.



### 3.3. CARACTERIZAÇÃO DO TERRENO.

O terreno escolhido foi indicação de Fabrício Selbman (atual responsável pelas CTs Recanto Paz e membro da Federação). Um terreno extenso e plano como podemos visualizar nas figuras abaixo.



**FIGURA 29:** Vista da Rua Santa Marina (acesso principal)  
**FONTE:** Acervo da Autora, 2011.



**FIGURA 30:** Vista interna do terreno (lado esquerdo).  
**FONTE:** Acervo da Autora, 2011.



**FIGURA 31:** Vista interna do terreno (frontal).  
**FONTE:** Acervo da Autora, 2011.



**FIGURA 32:** Vista interna do terreno (lado direito).  
**FONTE:** Acervo da Autora, 2011.

Na figura 32 podemos ver o lado direito do terreno, neste sentido do terreno situa-se o Rio São domingos.

### 3.4. ASPECTOS FÍSICOS E CLIMÁTICOS

Com base nos princípios dos estudos de Conforto Ambiental, observamos a necessidade de estudar a predominância dos ventos para um melhor aproveitamento da ventilação natural e o direcionamento do sol no terreno para proteger da incidência de luz.



**FIGURA 33:** Estudo da Ventilação  
**FONTE:** Desenvolvido pela autora,2011.



**FIGURA 34:** Estudo de Insolação  
**FONTE:** Desenvolvido pela autora,2011.

### 3.5. ASPECTOS LEGAIS

Segundo o Plano Diretor de Igarassu, Nº 2.629/2006, o terreno encontra-se localizado na ZUP3 (Zona de Urbanização Preferencial 3 – Praia dos Marcos), corresponde à área de baixo potencial construtivo que compreende trechos do Distrito Igarassu Sede entre a PE35 e a área do Sítio dos Marcos, como pode ser visualizado abaixo, na figura 32.

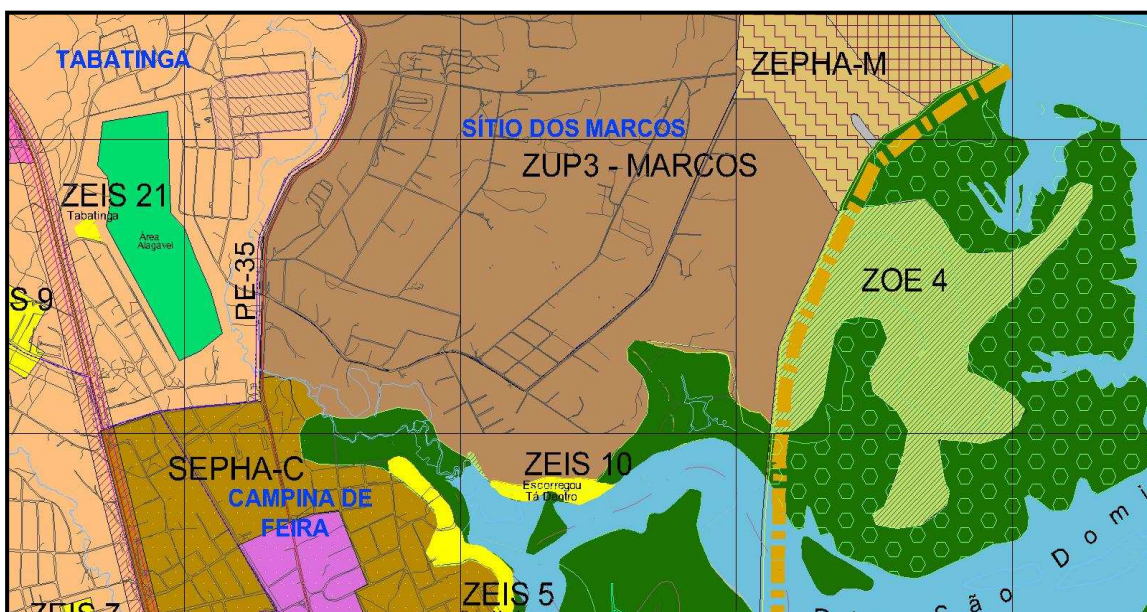


FIGURA 35: Zoneamento retirado do Plano Diretor de Igarassu.

FONTE: Plano Diretor Igarassu, 2006.

TABELA 43 – MACROZONA DE IGARASSU SEDE E CRUZ DE REBOUÇAS MZ2										
Zona	Recuo Frontal	Recuo Lateral	Recuo Fundo	TO%	Coef. Utiliz.	TA%	TSN%	Gab.	Lot.	Testada Min.
<b>ZUP3</b>	5m	1,5m	3m	40%	0,8	2,5%	60%	2pav.	300m <sup>2</sup>	15m

TABELA 02: Parâmetros Urbanísticos Básicos

FONTE: Digitalizada pela autora, LUOS de Igarassu.

## 4. COMUNIDADE TERAPÊUTICA EM IGARASSU

---

Este capítulo iniciará o anteprojeto da Comunidade Terapêutica de Igarassu, dando como base o programa, o organograma e fluxograma, que determinará a setorização e zoneamento dos ambientes que serão apresentados.

### 4.1. PROGRAMA

O programa é a listagem dos ambientes que irão compor o anteprojeto da Comunidade Terapêutica de Igarassu, que será proposto e funcionará com a capacidade máxima (60residentes), com isso estará presente os seguintes ambientes e setorização:

BLOCO 01	
AMBIENTES	QUANT.
SALA DE RECEPÇÃO	01
SALA ADMINISTRATIVA	01
ARQUIVO	01
SALA DE REUNIÃO	01
BANHEIROS	03
QUARTOS PLANTIONISTAS	04
CONSULTÓRIOS	04

BLOCO 02	
AMBIENTE	QUANT.
COZINHA (cozinha industrial, cocção, depósito, câmara fria e refeitório)	03
LAVANDERIA (depósito agradinho, DML e rouparia)	04

BLOCOS 03 e 04		
AMBIENTE	m <sup>2</sup>	QUANTIDADE
QUARTOS COLETIVOS (03 beliches em cada quarto- 6 internos)	<b>16,5 m<sup>2</sup></b> (mínimo por quarto)	10 QUARTOS (a cada 30 internos 01 bloco de hospedagem, gerando assim dois Blocos 03 e 04)
BANHEIROS COLETIVOS (01 banheiro para cada 02 quartos)	<b>12 m<sup>2</sup></b>	7 BANHEIROS

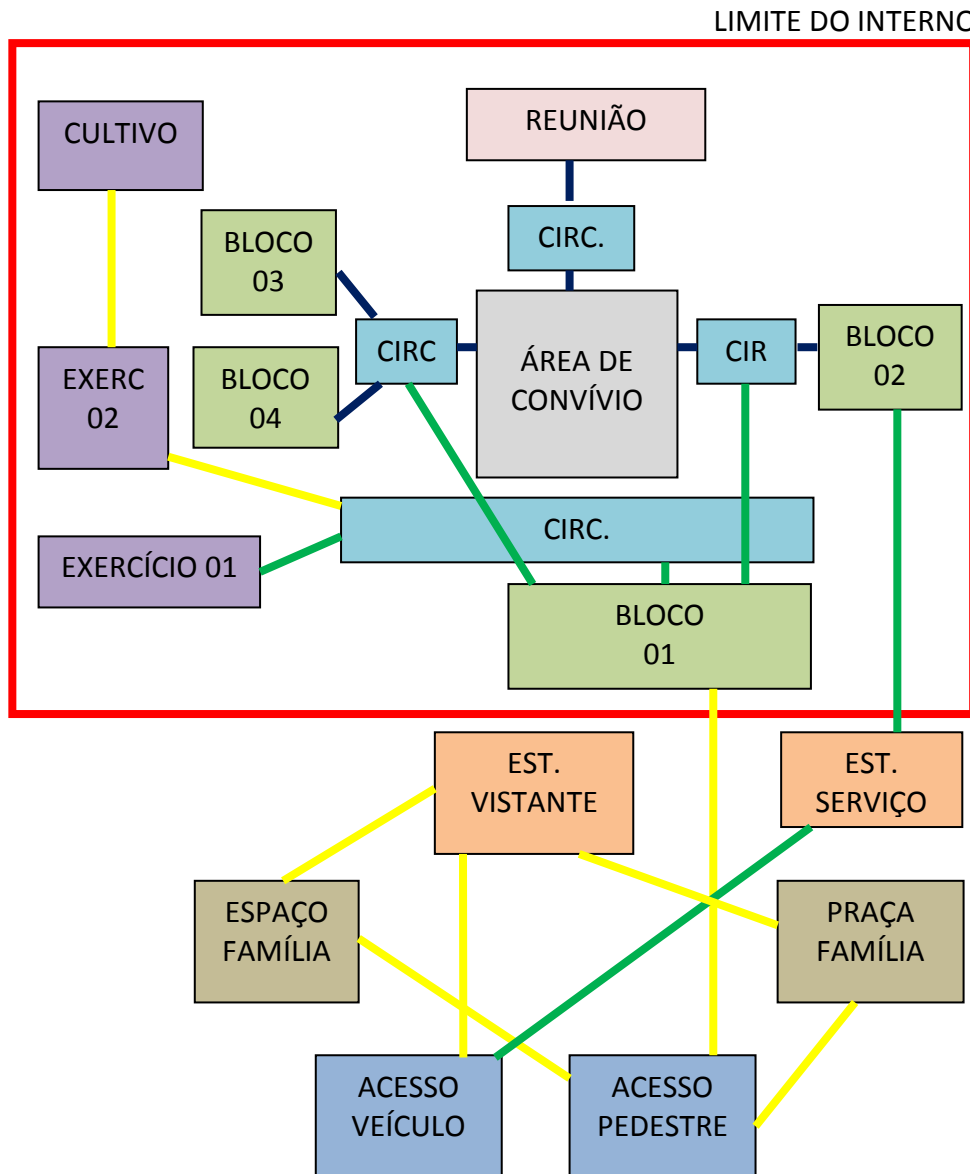
SETOR DE TERAPIA E RECUPERAÇÃO	
AMBIENTE	QUANT.
VESTIÁRIOS COLETIVOS EXTERNOS	01
REUNIÃO	04
SALA DE TV	02
AMBIENTE PARA MÚSICA/ OFICINAS	04
QUADRAS ESPORTIVAS	01
ÁREA EXTERNA DE AMBULAÇÃO	-
HORTA OU CULTIVO	02
ÁREA DE EXERCÍCIOS	02

Esses ambientes e as determinadas quantidades serão apresentados no anteprojeto da Comunidade Terapêutica de Igarassu.

#### 4.2. ORGANOGRAMA E FLUXOGRAMA

O programa apresentado anteriormente pode ser dividido e nomeado por setores e blocos, de maneira a entender o funcionamento, que será apresentado abaixo (figura33). Esta organização da setorização foi determinada através dos postos de trabalho e circulação dos usuários. A área de convívio formada no centro dos blocos foi assim locada para que os internos

sejam melhor monitorados, com isso é uma área de intenso fluxo pois conta com a presença de 60 internos mais trabalhadores em gerais.



Legenda:

- Fluxo pequeno
- Fluxo médio
- Fluxo intenso

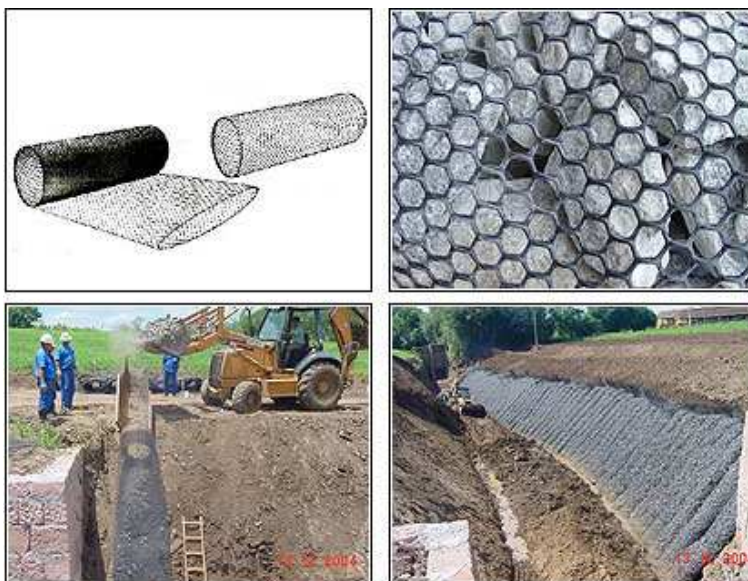
### 4.3. ASPECTOS CONSTRUTIVOS

A principal linha de pensamento para a escolha dos materiais foi devido a grande importância de transmitir através da volumetria e plástica arquitetônica a humanização do espaço interno das CTs.

A utilização de materiais regionais como o Gabião e a madeira para construção dos blocos e ambientes externo remeteram a arquitetura japonesa, buscando assim um espaço que traz uma espiritualidade, através da contemplação e rituais, tendo como exemplo a relação da casa e o jardim para os japoneses que é tradicionalmente muito importante para eles, sendo a varanda um espaço de transição.

A volumetria dos blocos segue a mesma linha volumétrica, que terão como base, a idéia de pavilhões externamente e internamente serão baseados na arquitetura japonesa (refletido a idéia de paredes móveis), mas o material utilizado internamente será em steel framing.

A base principal construtiva serão paredes externa de Gabião (ver figura 36) e a estrutura do telhado composta por grandes tesouras em madeira (apenas com uma água).



**FIGURA 36:** Estrutura do Gabião.  
**FONTE:** Retirada da internet, 2011.

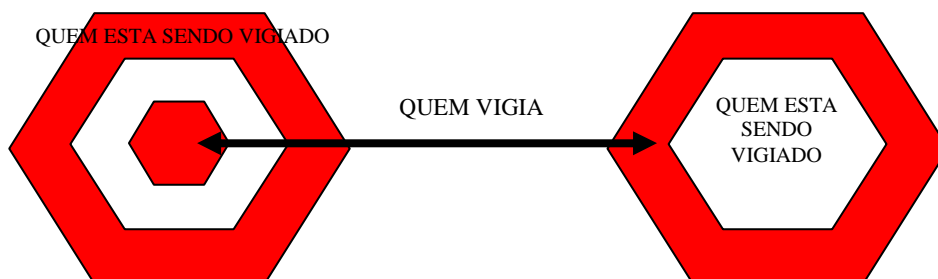
#### 4.4. MEMORIAL DESCRITIVO

A proposta está voltada para uma comunidade terapêutica de tratamento, destinada para dependentes químicos, seguindo os princípios aos quais foram apresentados no embasamento teórico do trabalho. O terreno possui uma área de 20.000m<sup>2</sup>, localiza-se em Igarassu mais afastado do centro, possuindo características positivas para a comunidade, a qual necessita de um ambiente mais tranqüilo; disponibilizando ainda de uma boa insolação e ventilação natural, pois é o ultimo terreno loteado pela prefeitura próximo ao Rio e devido ao seu posicionamento.

Em seu partido arquitetônico houve duas grandes vertentes pois através do estudo sobre a CT: Os espaços Humanizados e a Vigilância sem punição.

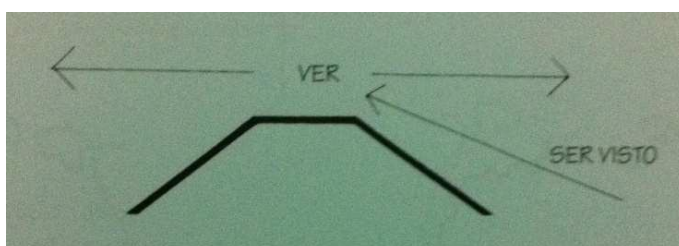
Com o objetivo de desenvolver um espaço humanizado e ao mesmo tempo seguro (vigiado) foram levados como partidos os pontos abaixo:

1. Inversão do panóptico;



A inversão do panóptico foi uma das melhores soluções para vigilância, quebrando a imagem de prisão e manicômios, os quais possuíam esses formatos.

2. Diferenciação de níveis;





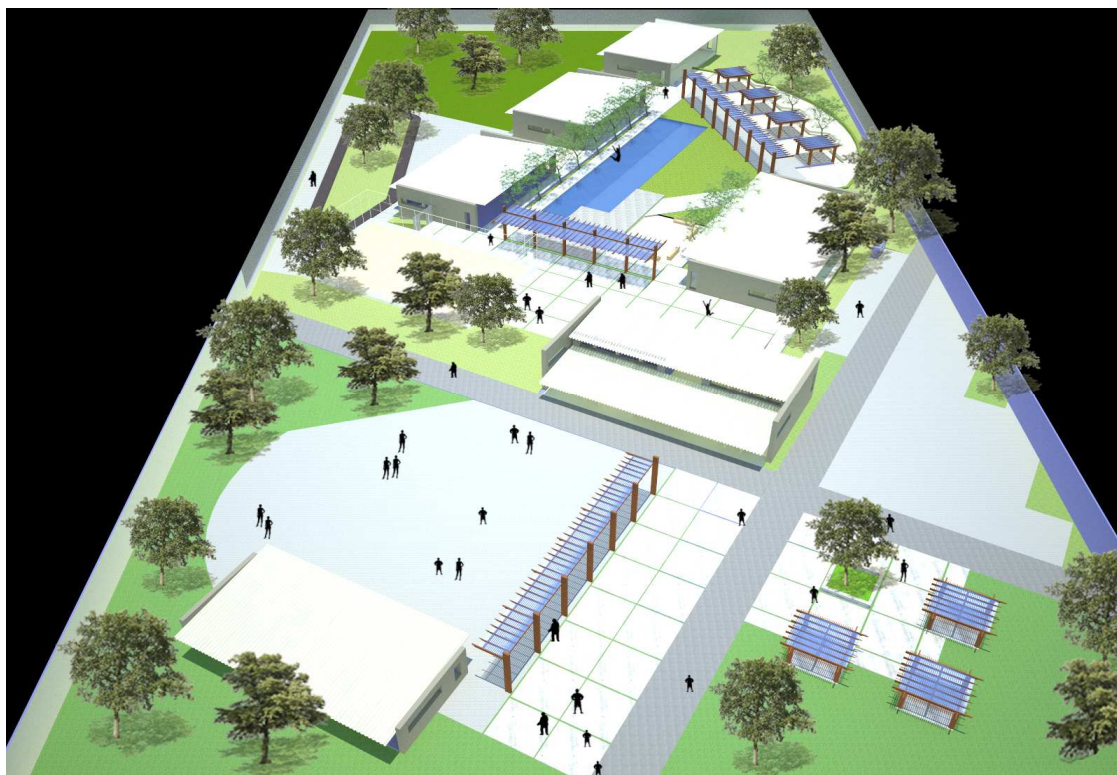
A diferenciação de níveis foi uma das ferramentas utilizadas para o monitoramento dos internos de maneira mais humanizada, pois a área restrita aos internos fica a 1,65m do nível da rua, permitindo uma divisão entre a área da família (que está na parte da frente do terreno) e a área restrita aos internos.

3. Criação de eixos viários como divisor de espaço;

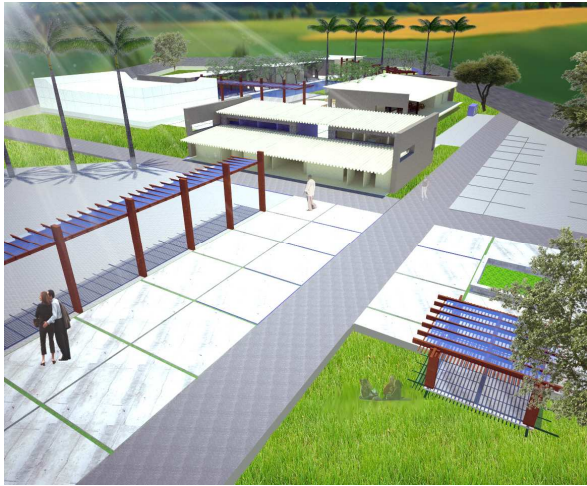
A criação de eixos viários internos foi com o intuito de divisão entre a área da família e a área dos internos reforçando a ideia de diferenciação de níveis; e a indução ao estacionamento.

4. Presença e interação de Jardins em todos os ambientes.

A presença e interação de áreas verde teve por objetivo a busca de espaços que passem uma espiritualidade, através da contemplação e rituais, a comunidade deve passar um espaço de transição.



**FIGURA 37:** PERSPECTIVA GERAL DA COMUNIDADE TERAPÊUTICA DE IGARASSU.  
**FONTE:** Elaborada pela autora, 2011.



**FIGURA 38: PERSPECTIVA INTERNA.**  
**FONTE:** Elaborada pela autora, 2011



**FIGURA 39: PERSPECTIVA INTERNA - CONVÍVIO.**  
**FONTE:** Elaborada pela autora, 2011.



**FIGURA 40: PERSPECTIVA INTERNA - REUNIÃO.**  
**FONTE:** Elaborada pela autora, 2011



**FIGURA 41: PERSPECTIVA – ESPAÇO FAMÍLIA .**  
**FONTE:** Elaborada pela autora, 2011.

A infraestrutura propicia ao interno uma estrutura completa de alojamentos coletivos, área clínica com plantonistas, e uma grande exploração dos espaços ao ar livre preservando o anonimato dos internos. Disponibilizando uma completa estrutura física para o desenvolvimento pleno das atividades.

#### 4.5. REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DO ANTEPROJETO DA COMUNIDADE TERAPÊUTICA EM IGARASSU

PRANCHA 01/04 : LOCAÇÃO E COBERTA

PRANCHA 02/04 : PLANTA BAIXA

PRANCHA 03/04 : CORTES

PRANCHA 04/04 : FACHADAS

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Pode-se concluir após pesquisa, coleta de informações e visitas a comunidades terapêuticas, que existe uma carência de espaços projetados para dependentes químicos em tratamento na região metropolitana do Recife. É difícil encontrar CTs que atendam os princípios de acessibilidade, conforto térmico e ambiental, ou seja, aspectos que nos mostram um espaço mais humanizado.

As comunidades terapêuticas, em sua grande maioria, não estão adequadas ao tratamento dos dependentes. Poucas são as comunidades que oferecem uma infraestrutura baseada em setores que geram a organização e a disciplina do ambiente, e em paralelo a isto, o bem estar mental e visual do dependente químico. Atualmente a busca incessante pelas CTs cresce a cada dia, e como tentativa de suprir tal demanda, pequenas reformas em espaços antes inadequados são feitas para assim adaptar o ambiente ao novo uso.

Portanto, não basta reconhecer a doença, é necessário que levemos em consideração o ambiente e a forma que o tratamento será inserido na vida do paciente.

A proposta de uma comunidade terapêutica tem como principal objetivo a elaboração de um anteprojeto arquitetônico, que atenda as exigências das legislações, proporcionando ao interno um espaço mais humanizado.

O principal objetivo dessa pesquisa foi obter conhecimentos relativos aos processos de tratamento do dependente químico, e através dessas informações obtidas, propor uma comunidade terapêutica ideal para o interno. A partir do processo de análise, pode-se concluir que é preciso o conhecimento do tratamento, o estudo do espaço e dos equipamentos necessários para enfim se obter a eficácia da reabilitação.

Deve-se, também, darmos ênfase ao papel do profissional, pois não basta possuir uma infraestrutura qualificada com grande tecnologia; é essencial que

se tenha uma boa formação e habilidade para que se possa, portanto, exercer tal papel de grande influência.

A realização desse projeto demonstra todo o conhecimento obtido ao longo de minha formação acadêmica, e com esse trabalho tive a oportunidade de explorar não só a arquitetura em si, mas o sentimento do espaço arquitetônico (psicofuncional). Assim, ao fim desse trabalho, conclui-se que o espaço influencia diretamente no tratamento de todos os indivíduos.

## REFERÊNCIAS

---

ANVISA. **Resolução da diretoria colegiada nº101.** São Paulo: ANVISA/SENAD. São Paulo, 2001.

DICK, B. **The Oxford Group and Alcoholics Anonymous**, A Desing for Living That Works. Kihei: Paradise Research Publications, Inc. 1998. P. 323.

BACHELARD, Gaston - **A poética do espaço.** São Paulo, Martins Fontes, 1993

BUCHER, R. (Org.) (1988). **As Drogas e a Vida. Uma abordagem bio-psico-social.** São Paulo: EPU.

BUCHER, R. (1992). **Drogas e drogadição no Brasil.** Porto Alegre: Artes Médicas Editora.

BRASIL. **Normas mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, também conhecidos como Comunidades Terapêuticas.** Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); 2001. [RDC Nº 101] [Publicado no Diário Oficial da União; 2001; Mai 31]. Disponível em: < URL: [http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/101\\_01rdc.htm#](http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/101_01rdc.htm#) >. Acesso em: 23 de Março de 2011.

COSTA, Selma. **As Políticas Públicas e as Comunidade Terapêuticas nos Atendimentos à Dependência Química.**

DE LEON, G. **A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método.** São Paulo: Loyola, 2003.

FRACASSO, Laura. **Características da Comunidade Terapêutica.** Curso de SPA. São Paulo, 2006.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**; tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis, Vozes, 1987. 288p.

KALINA, E., Kovadloff, S., Roig, P. M., Serran, J. C., & Cesarman, F. **Drogadição hoje: indivíduo, família e sociedade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

MARTINS, E. R. C & CORRÊA, A. K. **Lidar com substâncias psicoativas: o significado para o trabalhador de enfermagem**. Revista Latino-am Enfermagem 2004 março-abril; 12(número especial):398-405.

PRATTA, Elizângela e SANTOS, Manoel. **O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução**. São Paulo, 2009.

QUEIROZ, M. S. **O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica**. *Revista de Saúde Pública*, 20, 309-317.

REZENDE, A. L. M. **O processo saúde-doença**. Em A. L. M. Rezende (Org.), **Saúde e dialética do pensar e do fazer** (pp. 85-98) (2ª ed). São Paulo: Cortez, 1986.

RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, R. C. **Casas do meio do caminho: um relatório da experiência de Recife na busca da atenção integral a saúde dos usuários de álcool, fumo e outras drogas**. 2008. 221 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

SABINO, N. D. M. & CAZENAVE, S. O. **Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas**. *Revista Estudos de Psicologia*, 22(2), 167-174. Campinas, 2005.

**SERRAT, S. M. Comunidades terapêuticas: mecanismo eficiente no tratamento de dependentes químicos. 2002.**