

FACULDADE DAMAS DA INSTRUÇÃO CRISTÃ
CURSO DE ARQUITETURA E URBANISMO

ITANARA MUNIZ DE CARVALHO LIMA



HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL:

USO DA FENOMENOLOGIA NA ARQUITETURA DOS CENTROS DE APOIO PSICOSSOCIAIS (CAPS)

RECIFE
2025

FACULDADE DAMAS DA INSTRUÇÃO CRISTÃ
CURSO DE ARQUITETURA E URBANISMO

Itanara Muniz de Carvalho Lima

**HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL: Uso da Fenomenologia na
Arquitetura dos Centros de Apoio Psicossociais (CAPS)**

Trabalho de conclusão de curso como
exigência parcial para graduação no curso de
Arquitetura e Urbanismo, sob a orientação da
Profa. Dra. Gisele Carvalho.

Recife
2025

Catalogação na fonte
Bibliotecário Ricardo Luiz Lopes CRB-4/2116

Lima, Itanara Muniz de Carvalho.

L732h Humanização da saúde mental: uso da fenomenologia na arquitetura dos Centros de Apoio Psicossociais (CAPS) / Itanara Muniz de Carvalho Lima. - Recife, 2025.

96 f. : il. color.

Orientador: Prof^a. Me. Gisele Melo de Carvalho.

Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia – Arquitetura e Urbanismo) – Faculdade Damas da Instrução Cristã, 2025.

Inclui bibliografia.

1. Arquitetura e saúde. 2. CAPS. 3. Fenomenologia. 4. Conforto ambiental. 5. Cuidado. Carvalho, Gisele Melo de. II. Faculdade Damas da Instrução Cristã. III. Título.

72 CDU (22. ed.)

FADIC (2025.1-003)

FACULDADE DAMAS DA INSTRUÇÃO CRISTÃ
CURSO DE ARQUITETURA E URBANISMO

ITANARA MUNIZ DE CARVALHO LIMA

**HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL: uso da fenomenologia na
arquitetura dos Centros de Apoio Psicossociais (CAPS)**

Trabalho de conclusão de curso como
exigência parcial para graduação no curso
de Arquitetura e Urbanismo, sob orientação
da Profa. Dra. Gisele Melo de Carvalho

Aprovado em 16 de junho de 2025

BANCA EXAMINADORA

Profa. Gisele Melo de Carvalho
Orientadora / Faculdade Damas (FADIC)

Profa. Maria de Fátima Xavier do Monte Almeida
Primeira examinadora / Faculdade Damas (FADIC)

Arq. Urb. Nadjania Gomes Nogueira
Segunda examinadora / ND Studio Arquitetura

Recife
2025

*Aos meus pais,
por sempre acreditarem em mim
e me apoiarem em todas as decisões
nessa longa jornada acadêmica.*

AGRADECIMENTOS

Apesar dos desafios e incertezas que circundam a trajetória acadêmica, chegar a este capítulo final e rever todo o caminho trilhado até aqui é mais do que uma realização pessoal — é um testemunho do coletivo que me sustentou. Não há conquista solitária. Cada passo foi atravessado por mãos que me ampararam e vozes que me encorajaram.

À coordenadora Winnie Fellows, minha gratidão mais profunda. Seu coração generoso jamais deixou um aluno desamparado. Em meio aos recomeços e incertezas ao final da minha caminhada, foi sua persistência e humanidade que tornaram possível esta realização.

À minha orientadora, Gisele Carvalho, deixo minha profunda gratidão por ter sido farol em meio às incertezas, por enxergar caminhos onde eu via obstáculos e por me guiar com leveza e firmeza até aqui.

Às minhas colegas de turma — Eduarda, Maíra, Stephanie, Rebeca e Verônica — que, como irmãs de jornada, compartilharam tropeços, conquistas e muitas risadas, estendendo mãos e corações nos momentos mais delicados. Vocês foram fundamentais para minha formação e crescimento.

Ao meu parceiro de vida, que me acolheu nos dias em que o cansaço falou mais alto, que acreditou quando eu não acreditava, e foi meu alicerce firme para atravessar este caminho.

Aos meus pais, irmãos e à minha tia, que foram meu chão desde o começo. Deixar minha cidade para correr atrás de um sonho só foi possível porque vocês sustentaram tudo por mim. Cada conquista desta trajetória carrega o esforço e o amor de vocês.

A todos que, de alguma forma, cruzaram este percurso comigo. Obrigada por terem sido parte desta travessia.

*“A loucura, objeto dos meus
estudos, era até agora uma ilha
perdida no oceano da razão; começo
a suspeitar que é um continente.”*
Machado de Assis (O alienista, 1982)

RESUMO

Esta pesquisa parte do encontro entre arquitetura e saúde mental, onde espaços deixam de ser apenas meras estruturas funcionais e passam a ser territórios de cuidado, memória e afeto. A investigação tem como objeto o CAPS AD Luiz Cerqueira, no Recife-PE, e revela como, mesmo após os avanços da Reforma Psiquiátrica, os vestígios do manicômio ainda se fazem presentes nas formas e nos silêncios da edificação. Amparada pela arquitetura fenomenológica e pelos parâmetros de conforto ambiental da ANVISA, a pesquisa percorre os caminhos do sensível: escuta os espaços, observa as luzes e sombras, toca as texturas, reconhece o cheiro do mundo. Por meio de análise crítica, representação gráfica e construção de diretrizes projetuais, propõe-se resgatar o vínculo entre corpo, espaço e cuidado. Ao final, reafirma-se que a humanização se faz não apenas com normas, mas com arquitetura que sente — e que permite ser sentida.

Palavras-chave: arquitetura e saúde; CAPS; fenomenologia; conforto ambiental; cuidado.

ABSTRACT

This research arises from the encounter between architecture and mental health, where built spaces transcend mere function and become landscapes of care, memory, and affect. Centered on the analysis of CAPS AD Luiz Cerqueira, in Recife, Brazil, the study unveils how the remnants of asylum-based thinking still echo in contemporary mental health facilities, even after the psychiatric reform. Grounded in phenomenological architecture and ANVISA's environmental comfort parameters, the investigation moves through the realm of the senses—listening to spaces, tracing the play of light and shadow, feeling textures, and recognizing the scent of the outside world. Through critical analysis, visual representation, and the formulation of design guidelines, the work seeks to restore the essential bond between body, space, and therapeutic presence. Ultimately, it asserts that humanization is not achieved through regulations alone, but through an architecture that feels — and allows itself to be felt.

Keywords: architecture and health; CAPS; phenomenology; environmental comfort; care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Lista de Figuras

Figura 1 – Vista interna do Hospital Psiquiátrico de Barbacena.....	12
Figura 2 – Obra de Charles Bells, intitulada Madness, 1806.....	17
Figura 3 – Teatro Dionísio na Acrópole de Atenas.....	19
Figura 4 – Planta baixa do Teatro de Dionísio.....	19
Figura 5 – Bimaristan de Qalawun, Cairo, séc. XIII (planta).....	20
Figura 6 – The Ship of Fools, de Hieronymous Bosch, séc. XV.....	22
Figura 7 – Fachada do Hospital de Bethlem, Londres, 1750.....	24
Figura 8 – Ilustração das janelas pequenas para o sul, em 1750.....	25
Figura 9 – Ilustração das janelas da fachada principal para o norte, em 1750.....	25
Figura 10 – Planta do piso um e fachada do novo Hospital de Bethlem.....	26
Figura 11 – Planta de cobertura do Asilo de Edimburgo, 1807.....	27
Figura 12 – Ilustração das janelas pequenas para o sul, em 1750.....	28
Figura 13 – Ilustração das janelas da fachada principal para o norte, em 1750.....	28
Figura 14 – Hospital Nacional para Insanos, planta baixa tipo.....	30
Figura 15 – Hospital Pedro II, gravura de Victor Frond, 1852.....	34
Figura 16 – Sala de costura do Hospital Pedro II, 1852.....	34
Figura 17 – Refeitório do Hospital Pedro II, 1852.....	34
Figura 18 – Um exemplar brasileiro de uma dependência para eletrochoque do início do século XX.....	35
Figura 19 – Esquema dos pontos de atenção da RAPS.....	38
Figura 20 – Esquema da rede de atenção à saúde mental.....	38

Figura 21 – Primeiro Centro de Atenção Psicossocial do Brasil, o CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo, 1987.....	39
Figura 22 – Interior da Capela de Santo Inácio, Seattle, Estados Unidos, 1997.....	44
Figura 23 – Interior da Capela de Santo Inácio, Seattle, Estados Unidos, 1997.....	44
Figura 24 – Escola Sai Kirupa por Biome Environmental Solutions, Índia, 2024.....	45
Figura 25 – Escola Sai Kirupa por Biome Environmental Solutions, Índia, 2024.....	45
Figura 26 – Fachada do Centro de Reabilitação Refúgio II, Bélgica, 2014.....	46
Figura 27 – Interior de um dos dormitórios, Refúgio II, Bélgica, 2014.....	46
Figura 28 – Órgão do Mar, Zadar, Croácia, 2024.....	51
Figura 29 – Aberturas de tubos com apitos dispostos do Órgão Do Mar, 2024.....	51
Figura 30 – Soluções paisagísticas para redução de temperatura no entorno das edificações.....	54
Figura 31 –Soluções de umidificação para redução de temperatura no entorno das edificações.....	54
Figura 32 –O paisagismo como experiência ativa, Hospital Rede Sarah do arquiteto Lelé, Rio de Janeiro, 2012.....	54
Figura 33 – Corredor de Circulação entre as duas alas do Centro Psiquiátrico de Friedrichshafen integrado com os espaços verdes, Alemanha, 2011.....	55
Figura 34 – Sistema de conforto higrotérmico com ventilação e aeração para o Hospital Rede Sarah do arquiteto Lelé, Rio de Janeiro.....	56
Figura 35 – Croqui do sistema de conforto desenhado por Lelé.....	56
Figura 36 – Revestimentos de pisos que podem facilitar a circulação, reduzir ruídos e promover o deslocamento confortavelmente.....	57
Figura 37 – Percepções de campos visuais para o ambiente exterior a partir do paciente no leito.....	59

Figura 38 – Sistema de transporte de paciente (sliding guide) que permite a circulação pelos diversos ambientes da área de internação gerando menos esforço do paciente e do profissional.....	60
Figura 39 – Recomendações de alturas em relação a monitores.....	60
Figura 40 – Eixo de excelência desenvolvido pelo pesquisador Henri Dreyfus.....	61
Figura 41 – Sinalização vertical para a Clínica Vera Cruz, São Paulo-SP.....	61
Figura 42 – Fachada principal do CAPS AD Luiz Cerqueira antes da requalificação realizada em 2024.....	64
Figura 43 – Planta esquemática do CAPS AD Luiz Cerqueira e os seus respectivos ambientes.....	65
Figura 44 – Planta esquemática setorizada do CAPS AD Luiz Cerqueira.....	66

Lista de Fotos

Foto 1 – Fachada principal do CAPS AD Luiz Cerqueira.....	64
Foto 2 – Acesso principal do CAPS AD Luiz Cerqueira.....	64
Foto 3 – Acesso lateral do refeitório com frase "Alimente-se de amor".....	67
Foto 4 – Entrada da sala de grupo 01 com frase “Sentimento coletivo”.....	67
Foto 5 – Sala de grupo 02 com incidência intensa de iluminação artificial branca e baixa penetração de luz natural.....	67
Foto 6 – Área de leitura da biblioteca, com destaque para a esquadria.....	67
Foto 7 – Sala de grupo 01 com mobiliário neutro e azul, frases motivacionais coloridas e trabalhos dos pacientes nas paredes.....	68
Foto 8 – Paredes da sala de convivência com frases e trabalhos dos pacientes.....	68
Foto 9 – Vista do pátio com intervenções artísticas e sombreamento parcial de árvores.....	69

Foto 10 – Circulação entre os pátios externos coberto por toldo azul translúcido com pequeno canteiro na lateral contendo duas árvores.....	70
Foto 11 – Vista do pátio para a fachada lateral da sala de grupo 02 com intervenção artística e vegetação arbustiva isolada.....	70
Foto 12 – Vista frontal da área de jogos localizada sob cobertura translúcida em policarbonato azul, contendo mesa de pebolim.....	71
Foto 13 – Vista posterior da área de jogos localizada sob cobertura translúcida em policarbonato azul, contendo mesa de pebolim.....	71
Foto 14 – Vista lateral da quadra esportiva com demarcação de área de jogo e pintura artística nas paredes.....	71
Foto 15 – Vista frontal da quadra esportiva com demarcação de área de jogo e pintura artística nas paredes.....	72
Foto 16 – Sala de observação equipada com leito clínico e iluminação branca artificial homogênea.....	73
Foto 17 – Posto de enfermagem com mobiliário técnico básico.....	73
Foto 18 – Detalhe do mobiliário padronizado da sala de observação.....	73
Foto 19 – Consultório com bancada, pia e mobiliário em padrão neutro, conforme exigências sanitárias.....	74
Foto 20 – Sala de atendimento individual com mesa redonda e ambientação formal.....	74
Foto 21 – Dormitório com leito hospitalar padronizado, piso e paredes padronizados e iluminação branca intensa.....	75
Foto 22 – Vista do quarto com climatização, janela gradeada com película fosca e ausência de elementos decorativos.....	75

Foto 23 – Armários em compartimentos numerados no interior dos dormitórios dos pacientes.....	75
Foto 24 – Vista da sala de estar com sofá e parede com frase motivacional.....	76
Foto 25 – Sala de estar com piso frio e ambiente neutro.....	76
Foto 26 – Vista frontal da sala de repouso dos funcionários.....	76
Foto 27 – Sala de repouso dos funcionários com beliche e padrão visual similar ao dos pacientes.....	77
Foto 28 – Fachada externa do bloco dos dormitórios, com grades azuis em todas as aberturas e pintura branca nas paredes.....	77
Foto 29 – Sala da gerência padronizada.....	78
Foto 30 – Cozinha com equipamentos e ambiência padronizada.....	79
Foto 31 – Vista externa do bloco técnico com porta da farmácia voltada para pátio interno.....	79
Foto 32 – Vista dos ambientes, biblioteca, administração, almoxarifado e serviço técnico, voltados para pátio interno.....	80
Foto 33 – Banheiro acessível com acabamento cerâmico.....	80
Foto 34 – Banheiro padrão com janela gradeada.....	80
Foto 35 – Corredor de passagem entre a sala de convivência e os ambientes do refeitório, biblioteca, cozinha e banheiros.....	81
Foto 36 – Corredor de acesso ao dormitório 01, à sala de observação e à escada de acesso ao pavimento superior.....	81
Foto 37 – Escada de acesso ao pavimento superior, vista a partir do primeiro pavimento.....	82
Foto 38 – Corredor do primeiro pavimento que dá acesso ao dormitório 02, sala de repouso, banheiros e vestiário.....	82

Lista de Ilustrações Gráficas

Ilustração 1 – Ambiência atual do refeitório do CAPS AD Luiz Cerqueira.....	86
Ilustração 2 – Aplicação das estratégias fenomenológicas no refeitório do CAPS AD Luiz C.....	87
Ilustração 3 – Corte esquemático com indicação de ventilação cruzada na proposta do refeitório.....	87
Ilustração 4 – Ambiência atual da sala de grupo 2 do CAPS AD Luiz Cerqueira.....	88
Ilustração 5 – Requalificação fenomenológica da sala de grupo 02 do CAPS AD... ..	88
Ilustração 6 – Aplicação das estratégias fenomenológicas na sala de grupo 02 do CAPS AD.....	89
Ilustração 7 – Aplicação das estratégias fenomenológicas na sala de grupo 02 do CAPS AD.....	90
Ilustração 8 – Ambiência atual do pátio externo do CAPS AD Luiz Cerqueira.....	90
Ilustração 9 – Aplicação das estratégias fenomenológicas no pátio externo do CAPS.....	91

Lista de Quadros

Quadro 1 – Esquema dos componentes de conforto e suas respectivas composições de abordagens que resultam na percepção humana de conforto segundo a ANVISA.....	52
Quadro 2 – Percepção e efeitos adversos sobre os desvios de temperatura ambiental.....	56
Quadro 3 – Estratégias fenomenológicas voltadas à qualificação dos espaços de cuidado a partir da ativação dos sistemas sensoriais.....	84
Quadro 4 – Aplicação das estratégias fenomenológicas nos ambientes do CAPS AD Luiz Cerqueira.....	85

LISTA DE ABREVIATURAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas;

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária;

CAPS – Centro de Apoio Psicossocial;

CAPS AD – Centro de Apoio Psicossocial de Álcool e outras drogas;

CAPS I – Centro de Apoio Psicossocial Infantojuvenil;

EUA – Estados Unidos da América;

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz;

OMS – Organização Mundial de Saúde;

PVC – Programa de Volta para Casa;

RAPS – Rede de Apoio Psicossocial;

SRT – Serviço Residencial Terapêutico;

SUS – Sistema Único de Saúde;

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso;

UA – Unidades de Acolhimento;

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. METODOLOGIA.....	16
3. UM OLHAR SOBRE A EVOLUÇÃO DOS “ESPAÇOS DA LOUCURA”.....	17
3.1. Os primeiros relatos históricos e o nascimento da loucura.....	18
3.2. O início da institucionalização e da Era Manicomial.....	23
3.3. O tratamento moral e o início da reforma psiquiátrica.....	29
3.4. Os espaços da loucura brasileiros.....	33
3.5. A Reforma Psiquiátrica Brasileira e os novos modelos assistenciais.....	36
4. ARQUITETURA FENOMENOLÓGICA.....	41
4.1. Conceito.....	41
4.2. A percepção sensorial da arquitetura fenomenológica e os sistemas sensoriais.....	43
4.2.1. O sistema paladar-olfato.....	43
4.2.2. O sistema háptico.....	45
4.2.3. O sistema básico de orientação.....	49
4.2.4. O sistema auditivo.....	50
4.2.5. O sistema visual.....	51
5. CONFORTO AMBIENTAL EM ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE: A VALORIZAÇÃO DOS SENTIDOS PELA ANVISA.....	52
5.1. Sustentabilidade.....	55
5.2. Conforto Higrotérmico.....	54
5.3. Conforto Acústico.....	57
5.4. Conforto Visual: Iluminação e cores.....	58
5.5. Conforto Ergonômico.....	59
5.6. Conforto Olfativo.....	62
6. AVALIAÇÃO ARQUITETÔNICA DO CAPS AD LUIZ CERQUEIRA.....	63
6.1. Contextualização da Unidade.....	63
6.2. Programa arquitetônico.....	65
6.3. Avaliação dos espaços.....	65

6.4. Considerações da análise dos ambientes e recomendações arquitetônica.....	83
7. DIRETRIZES PROJETUAIS PARA A HUMANIZAÇÃO DO CAPS.....	92
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
REFERÊNCIAS.....	95
APÊNDICES.....	97

1. INTRODUÇÃO

A arquitetura, em sua essência, vai além da construção de espaços físicos; ela é capaz de configurar experiências, afetar comportamentos e influenciar processos terapêuticos — especialmente quando aplicada a contextos sensíveis como o da saúde mental. Nesse sentido, cresce o reconhecimento da importância dos espaços arquitetônicos como propiciadores de bem-estar físico e emocional, sendo essa valorização cada vez mais evidente tanto no campo acadêmico quanto nas esferas sociais e político-administrativas.

No Brasil, esse movimento se fortalece com a promulgação da Lei nº 10.216/2001, marco da Reforma Psiquiátrica, que, aliada aos movimentos de Luta Antimanicomial, proibiu a construção de novos hospitais psiquiátricos de caráter asilar (**Figura 1**), bem como a internação de pacientes em instituições com essa tipologia. Como destaca Vieceli (2022), a forma arquitetônica transmite valores estéticos, mas carrega também dimensões éticas e políticas, reforçando a responsabilidade da arquitetura diante destas transformações sociais.

Figura 1 — Vista interna do Hospital Psiquiátrico de Barbacena, Minas Gerais.



Fonte: O holocausto brasileiro, Daniela Arbex, 2019.

Arbex (2019) exemplifica as consequências do modelo institucional descrevendo os ocorridos em Barbacena¹, segundo ela, foi um espaço originalmente

¹ A história do Hospital Colônia em Barbacena é uma das mais marcantes do Brasil.

projeto para 200 pessoas que chegou a abrigar 5 mil, recorrendo ao "leito chão" como política de contenção e exclusão.

Diante desse panorama, emerge a necessidade da humanização como resposta crítica à violência institucional. Rios (2009) ressalta que essa humanização expressa a reação a um cenário de sofrimento coletivo, provocado não apenas por práticas abusivas, mas por estruturas físicas que reforçam o controle, a exclusão e a despersonalização dos sujeitos.

Para Vieceli (2014), a inserção da pessoa com uma doença mental na cidade, posterior à desconstrução do modelo manicomial, resultou na busca de um novo modelo de construção, cujo objetivo era acolher essas pessoas, obliterando os antigos manicomios e edificações sanitárias.

O novo modelo de cuidado em saúde mental adota predominantemente a tipologia residencial como alternativa ao hospital psiquiátrico. No entanto, diante de limitações funcionais e estruturais, muitas dessas edificações passam por requalificações que, embora necessárias, acabam por reincorporar, ainda que de forma velada, elementos característicos da lógica institucional.

Esta pesquisa parte da constatação de que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), criados a partir dos ideais da Reforma Psiquiátrica brasileira, reproduzem, ainda que inconscientemente, lógicas espaciais herdadas de modelos institucionais. Contribuir para a anulação da imagem negativa proporcionada pelo manicomio é um desafio a ser assumido pela arquitetura (Fontes, 2004).

Nesse contexto, a presente pesquisa propõe a utilização da abordagem fenomenológica arquitetônica como artifício para essa arquitetura significativa e antimanicomial. Essa abordagem encontra respaldo no conceito de conforto definido pelo Manual De Conforto Ambiental Em Estabelecimentos De Saúde, elaborado pela Anvisa, o qual vincula o conforto às sensações fisiológicas humanas – térmica, tátil, auditiva, visual, olfativa e do paladar.

O objetivo geral desta investigação consiste em analisar a estrutura física do modelo assistencial, o CAPS, à luz dos fundamentos da arquitetura fenomenológica. Para isso, estabelecem-se os seguintes objetivos específicos: (1) apresentar a evolução arquitetônica dos espaços de tratamento mental; (2) discutir os fundamentos conceituais da fenomenologia aplicada à arquitetura; (3) elaborar proposições projetuais aplicando os conceitos fenomenológicos ao CAPS; e (4)

formular diretrizes arquitetônicas que favoreçam a humanização do cuidado, alinhadas à lógica antimanicomial e aos princípios da arquitetura fenomenológica.

Este trabalho insere-se no campo da Arquitetura, com ênfase na Arquitetura Hospitalar, tendo como objeto de estudo o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Luiz Cerqueira (CAPS AD), localizado em Recife-PE. A pesquisa busca investigar: Em que medida a abordagem dos princípios da arquitetura fenomenológica pode promover a humanização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em Pernambuco?

A hipótese que norteia esta investigação é a de que a adoção de estratégias baseadas na arquitetura fenomenológica — aliadas aos parâmetros de conforto ambiental — pode contribuir significativamente para a criação de ambientes mais afetivos, acessíveis e terapeuticamente potentes.

A escolha deste enfoque se justifica pela necessidade de se pensar espaços de cuidado que acolham a subjetividade dos usuários, promovam bem-estar e favoreçam vínculos sociais, em consonância com os preceitos da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial.

Este trabalho foi dividido em 8 capítulos, sendo o primeiro esta introdução e o segundo a metodologia científica adotada, os quais contêm as informações necessárias para entender o escopo da pesquisa.

O capítulo 3 apresenta a contextualização histórica da arquitetura manicomial, ressaltando as implicações éticas e espaciais do modelo asilar e sua progressiva desconstrução com a Reforma Psiquiátrica brasileira. Discute-se o impacto dos paradigmas institucionais na configuração dos ambientes de cuidado em saúde mental, defendendo a necessidade de uma ruptura com essa herança arquitetônica.

O capítulo 4 aborda a arquitetura fenomenológica como referencial teórico para uma nova forma de projetar os espaços de atenção psicossocial. Explora os conceitos de experiência sensorial, percepção corporal e memória afetiva como elementos estruturantes para ambientes que promovam acolhimento.

O capítulo 5 analisa o conforto ambiental em estabelecimentos de saúde a partir das diretrizes da ANVISA, destacando a relação entre sensações fisiológicas (visuais, térmicas, auditivas, táteis, olfativas e gustativas) e o bem-estar psicofísico dos usuários..

O capítulo 6 avalia o objeto de estudo, o CAPS AD Luiz Cerqueira, em Recife-PE, a partir de observações de campo e registros fotográficos, apresenta a

análise arquitetônica e sensorial do CAPS estudado. E por fim, propõe representações gráficas que traduzem estratégias fenomenológicas aplicadas aos ambientes do CAPS. Enquanto o capítulo 7, sistematiza as diretrizes projetuais para futuros CAPS a partir da análise e contrapontos realizados.

E o oitavo e último capítulo relata as considerações finais de todo o trabalho.

2. METODOLOGIA

A presente pesquisa foi elaborada através do método de abordagem hipotético-dedutivo, que segundo Lakatos e Marconi (2012), esse método envolve a formulação de hipóteses que são então submetidas a testes empíricos para verificar sua validade, podendo ser ou não confirmada.

Os métodos de procedimentos foram o histórico, cujo foco está na investigação de acontecimentos ou instituições do passado, para verificar sua influência na sociedade de hoje (FREITAS; PRODANOV, 2013) e o comparativo, o qual Lakatos e Marconi (2007) afirmam que ocupa-se da explicação dos fenômenos e permite analisar o dado concreto, deduzindo “os elementos constantes, abstratos e gerais”. A contextualização do ambiente histórico-social refletido na arquitetura manicomial foi de extrema relevância para o propósito desta pesquisa, uma vez que facilitou a coleta e análise de dados fundamentais para embasar o desenvolvimento do estudo e a elaboração das intervenções.

A pesquisa foi também explicativa, pois visou entender ao longo da investigação histórica como os avanços da medicina e dos movimentos sociais à favor da luta antimanicomial impactaram a arquitetura, qual o resultado arquitetônico atual e qual deveria ser a resposta da arquitetura em meio a estas mudanças sociais advindas da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Como técnicas de pesquisa, foi utilizada a bibliográfica, ao reunir autores que estudam sobre o tema como, Fontes (2003), Arbex (2013), Pallasmaa (2011), Neves (2011), Basaglia (1985), Amarante (1995) entre outros, a documental para embasamento legislativo, com a Lei da Reforma nº 10.216 e a Política Nacional da Humanização como bases teóricas e projetuais e a observação em campo através de visitas técnicas.

3. UM OLHAR SOBRE A EVOLUÇÃO DOS “ESPAÇOS DA LOUCURA”

Ao examinar a trajetória histórica, é possível identificar diversas transformações nos espaços destinados aos portadores de distúrbios mentais, as quais refletem a relação dos modelos de instituições psiquiátricas conforme a própria interpretação do que é a loucura em cada época.

Nesse contexto, como pontuado por Vieceli (2014), a importância em conhecer esse processo histórico está em poder desnaturalizar conceitos prévios e engessados, a fim de reconstruí-los sob uma ótica mais próxima do humano que está encoberto pelo seu estigma de doente mental (**Figura 2**).

Figura 2 — Obra de Charles Bells, *intitulada Madness*, 1806.²



Fonte: Cibrão, 2019.

Para Vieceli (2014), a forma como cada sociedade percebeu e lidou com a loucura, sempre imprimiu seus reflexos e expressou-se nos espaços construídos dedicados ao louco. A evolução da concepção de loucura sempre foi acompanhada pelas transformações ocorridas em âmbito arquitetônico já que sempre houve a necessidade de um espaço físico que pudesse abrigar as diferentes atividades desenvolvidas em torno à loucura e ao louco. Nesse sentido, segundo a autora, a

² O autor, pintor e especialista em linguagem corporal, ilustra a forma como a mente afeta o corpo. Através de uma crítica figurativa às práticas realizadas em 1806, relativamente a todos os que apresentavam um comportamento desviado dos padrões sociais estabelecidos. Bell, exagera as tenebrosas expressões faciais numa figura acorrentada, com o intuito de questionar a etiologia da loucura na época em que a Arquitetura Asilar era predominante e escassa de características humanas (Cibrão, 2019, p. 25).

arquitetura se torna uma peça fundamental para somar-se à trajetória histórica e cultural da loucura, já que evidencia as práticas destinadas a ela, suas condições e transformações em cada período.

O período do Iluminismo, no século XVIII, foi considerado por Fontes (2003) como o principal marco histórico da arquitetura hospitalar, citado por vários autores como sendo o da origem do hospital contemporâneo e do próprio manicômio, enquanto tipologia e instituição.

Para Fontes (2003), durante o período Iluminista, ocorreu a consolidação da medicina como uma ciência distinta e o surgimento da psiquiatria como a primeira especialidade médica. Este período é caracterizado pelo desenvolvimento de um pensamento mais racional e menos influenciado por misticismos. Até o século XVIII, os espaços dedicados à saúde estavam intrinsecamente ligados à práticas religiosas e filantrópicas.

3.1. Os primeiros relatos históricos e o nascimento da loucura

Na Grécia Antiga, segundo Pessotti (1994, *apud* Vieceli, 2014), a loucura era entendida como um recurso da divindade para que seus projetos ou caprichos não fossem contrastados pela vontade dos homens. A loucura estava exterior ao homem e era, portanto, produto de alguma interferência divina.

Com isso, existia na Grécia a chamada “loucura ritual” que se referia ao culto dionisíaco³. Uma das funções desse tipo de culto dionisíaco é a “cura” da loucura pelo ritual da dança orgiástica, que acontecia ao som extasiante de tambores e flautas. Nesse ritual, o louco está possuído por um *daimon*⁴, que quer dizer força divina, e essa presença de deus o torna sagrado (Vieceli, 2014, p. 52). Segundo Pelbart (*apud* Vieceli, 2014), no processo desse ritual, a loucura era “exorcizada” através da catarse provocada pela loucura coletiva.

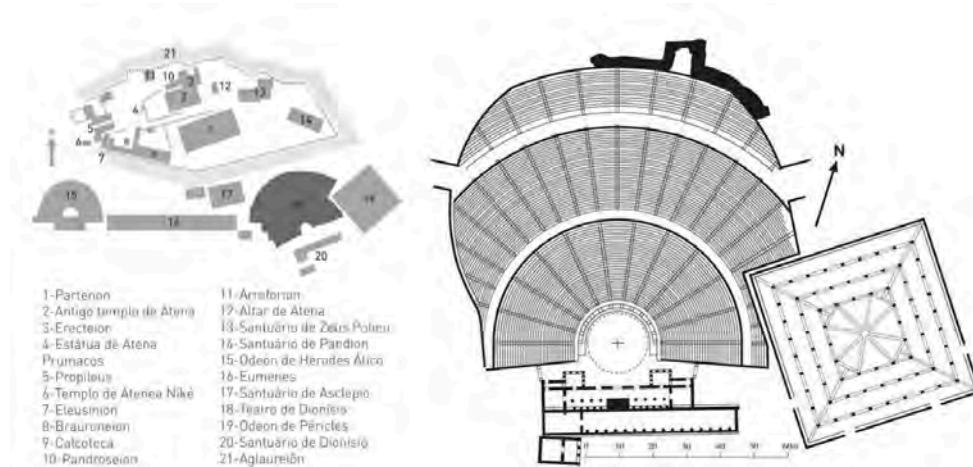
³ Dionísio, em diferentes épocas e lugares da Grécia, era o deus do vinho, da fecundidade, da caça, da música, da alegria ou da vida, e, onde quer que fosse celebrado, seu culto apresentava um caráter de exaltação e excesso. Dionísio era conhecido por ser o deus que leva as pessoas a se comportarem como loucos (Vieceli, 2014, p.52).

⁴ O termo “*daimon*” possui uma complexidade de significados e interpretações ao longo da história. Na mitologia grega, era uma força divina neutra, nem boa nem má. Na filosofia clássica, particularmente em Sócrates e Platão, referia-se a uma voz interior ou guia da consciência, mantendo uma similaridade com o conceito inicial, mas desprovido do elemento divino. Com o advento do cristianismo o conceito de “*daimon*” foi transformado e associado a demônios ou espíritos malignos, contrastando fortemente com as interpretações anteriores mais neutras ou benévolas.

Os historiadores que abordam esses rituais em suas obras, frequentemente descrevem a realização desses cultos em espaços abertos e em contato com a natureza. De acordo com Vieceli (2014), essas festas foram se ampliando e deram origem às Grandes Dionísias, ou Dionísias Urbanas, e foi a partir das Dionísias Urbanas que surgiu o teatro grego, sendo esse primeiro, intitulado de “teatro dionísio” (Figura 3 e 4).

Figura 3 à esquerda — Teatro Dionísio na Acrópole de Atenas.

Figura 4 à direita — Planta baixa do Teatro de Dionísio.



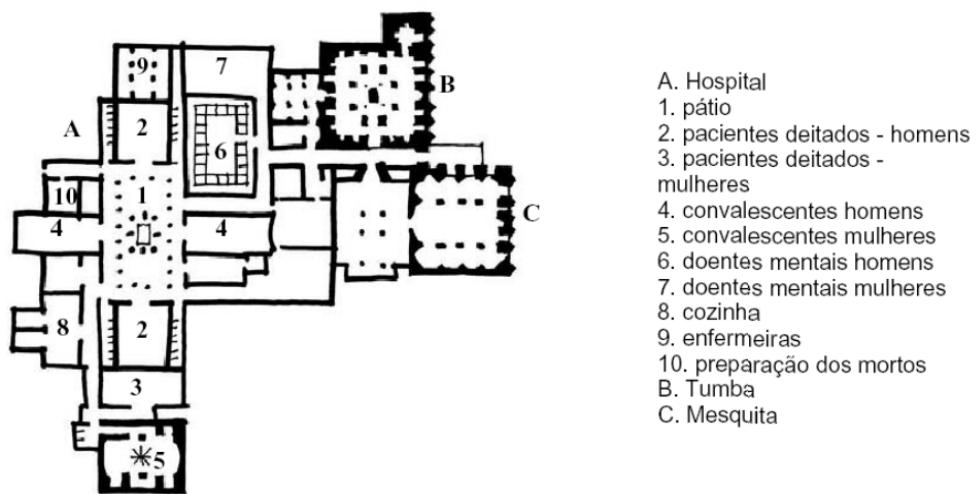
Fonte: Vieceli, 2014.

Nesse sentido, Vieceli (2014) acrescenta que é possível afirmar a continuidade do teatro grego como um ritual, podendo ser considerado como uma espécie de terapêutica coletiva, na medida em que era catalizador das emoções dos espectadores. A multidão reunida no teatro não era meramente espectadora, mas participava ativamente do ritual teatral. No espetáculo teatral, portanto, a loucura era uma manifestação que podia ser expressa através da arte. Para Pessotti (1994, *apud* Vieceli, 2014), o teatro, a loucura e a explosão devastadora do desejo reprimido, em forma de tragédia, andam juntos desde a Antiguidade.

No que concerne aos primórdios dos espaços destinados a tratamentos, temos que os conceitos de hospitalidade, atenção e caridade para com os carentes, difundidos pelos cristãos, pelos budistas e pelos muçulmanos, então em ascensão, após a queda do Império Romano, passaram a dominar o cenário no primeiro milênio (Miquelin, 1992, *apud* Fontes, 2003, p. 13). As construções deste período refletiam uma valorização mais significativa do componente religioso.

Nesse contexto, com a expansão do mundo islâmico surgiu o modelo hospitalar conhecido como *Bimaristan*⁵, parte de um complexo de mesquita-escola-hospital. Descrito por Miquelin (1992 *apud* Fontes, 2003) como construções que previam a separação dos pacientes segundo as patologias, áreas para atendimento e consultas externas, semelhantes ao atual conceito de ambulatório, assim como medidas para distribuição de água e ventilação dos compartimentos. Contavam também com áreas reservadas a enfermos considerados "agitados ou melancólicos" (**Figura 5**).

Figura 5 — Bimaristan de Qalawun, Cairo, séc. XIII (planta).⁶



Fonte: Miquelin, 1992.

Na Europa Ocidental, durante o período medieval (500 a 1500 d.C.), o pensamento filosófico procurava estabelecer uma relação entre a razão e a fé. Dessa forma Fontes (2003) expõe que as práticas médicas passaram a ser desenvolvidas pelos sacerdotes e monges e as enfermidades eram encaradas como punição pelo pecado ou possessão demoníaca, ou enfrentadas com ritos e costumes pagãos.

Em contrariedade à Grécia Antiga, que consideravam os loucos possuídos por uma divindade e buscavam sua cura através das artes terapêuticas e do poder curativo da coletividade, na Idade Média começa a emergir a concepção de loucura

⁵ BIMARISTAN: (bimar = pessoa enferma e stan = casa)

⁶ O edifício do hospital articula-se em torno de um pátio de distribuição. A água percorre todo o conjunto, surgindo como um elemento de melhoria do conforto térmico e da higiene, assim como os numerosos sanitários, que servem também aos compartimentos dos enfermos. Inserem-se as funções "logísticas" de cozinha, dispensário de medicamentos a base de ervas medicinais – origem da "farmácia" –, áreas de enfermagem e necrotério.

associada à exclusão e marginalização. Este paradigma passará a ser refletido nos espaços arquitetônicos, marcando o início de uma abordagem que prefigura as práticas mais atuais de segregação dos indivíduos com transtornos mentais.

Mas, a princípio, o tratamento que era dado à loucura na Idade Média, caracterizava-se pela responsabilidade limitada que as autoridades públicas assumiam. De acordo com Rosen (1968), os loucos gozavam de liberdade, a menos que oferecessem perigo ou causassem alvoroços públicos. A sua tutela cabia sempre às suas famílias e amigos, ou no caso de transtornos graves, eram recolhidos aos hospitais gerais, como por exemplo o Hôtel-Dieu⁷, em Paris.

Rosen (1968) também relata que algumas instituições possuíam instalações específicas para estes indivíduos, como a *Dolhaus* (casa de loucos), a *Tollkiste* (celda de loucos), ou a *Tollboken* (cabana de loucos), construídas na Alemanha, no século XIV.

Um processo análogo ocorreu no Brasil, porém, apenas no século XIX. Segundo Fontes (2003), a economia, fortemente apoiada no trabalho escravo, deixou poucas opções de ocupação para aqueles que não eram escravos nem proprietários de terras. Isso resultou, conforme Resende (1990), em um aumento da população de desocupados e de indivíduos inadaptados ao trabalho. Consequentemente, Fontes (2003) relata que a crescente demanda social por segurança levou ao confinamento de loucos e marginalizados em hospitais gerais, frequentemente administrados por ordens religiosas e filantrópicas.

E assim como ocorreu na Europa durante a Idade Média, no Brasil do século XVIII, com as acomodações na Santa Casa da Bahia, conhecidas como "casinhas de doudos"⁸ e posteriormente, no século XIX, com o recolhimento dessas pessoas aos hospitais gerais. Estes espaços, conforme Fontes (2003), constituíam meramente em locais de reclusão, desprovidos de tratamento.

Porém, ainda na Idade Média, a atitude de isolar o louco nestas instituições não era predominante. Na maioria dos casos, estes andavam livres, sendo muitas vezes expulsos das comunidades ou devolvidos às suas cidades de origem. Fontes (2003) ressalta que esses banimentos foram muito frequentes na Alemanha, Áustria

⁷ O Hotel Dieu foi fundado por Saint Landy em 1651, construído entre a Catedral de Notre Dame e o Rio Sena, em 1722 parte foi incendiada e as más condições ficaram expostas a todos, refletindo a má arquitetura e condições da época. (Cibrão, 2019).

⁸ Semelhantes às instalações alemãs do século XIV, porém, de acordo com Fontes (2003), junto aos loucos eram acomodados os carregadores de caixões de defuntos, a eles nivelados socialmente.

e Hungria, tornando popular na época a chamada “naus dos loucos”, descritos por Foucault (2000, p. 05), como barcos que desciam os rios, levando “sua carga insana de uma cidade para outra”. Os banimentos recorrentes de cidade em cidade resultaram em uma vida errante para esta população, servindo de inspiração artística ao serem retratadas em obras literárias, a exemplo do quadro de Hieronymous Bosch (**Figura 6**).

Figura 6 - *The Ship of Fools*, de Hieronymous Bosch, séc. XV.



Fonte: Fontes, 2003.

Além disso, conforme observado por Rosen (1968), na Idade Média a lepra foi o grande fantasma em termos de saúde pública. Esse contexto impulsionou a crescente demanda pela construção de hospitais, marcando também a primeira grande experiência de implementação dos princípios de exclusão e isolamento como medidas de controle da doença.

De acordo com Miquelin (1992 *apud* Fontes, 2003), os leprosários eram construídos, geralmente, fora dos limites da cidade, e representavam também o primeiro espaço de assistência criado especificamente para uma patologia. E a partir do século XIII, o hospital medieval começa a se afastar do controle das ordens religiosas e a passar à responsabilidade da municipalidade.

Com o desaparecimento da lepra, ao final da Idade Média, segundo o relato de Foucault (2000), estes espaços da exclusão se tornaram ociosos, sendo ocupados, no século XV, pelos portadores de doenças venéreas, em seguida, no

século XVII, pelos indivíduos que a sociedade considerava desviantes dos padrões vigentes. O autor descreve esse processo da seguinte maneira:

Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos da exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e “cabeças alienadas” assumiram o papel abandonado pelo lazareto (Foucault, 2000, p. 6).

Rosen (1968) ainda complementa que houve, no século XVI, uma tendência em se internar os indivíduos considerados insanos em instituições especiais, inserindo-os, portanto, num plano de assistência pública. Algumas destas instituições se instalavam nos antigos leprosários desativados, como mencionado anteriormente. Há registros também de casos em que as famílias recebiam ordem para que mantivessem seus parentes loucos encarcerados em torres ou no cárcere das cidades.

Durante o Renascimento, como mencionado por Cibrão (2019), emergiram na França os primeiros Hospitais Gerais destinados à assistência psiquiátrica, os quais acolhiam não só os loucos, mas também todos aqueles considerados desalinhados da sociedade. Estes novos edifícios apresentavam uma arquitetura que viria a ser conhecida como a Arquitetura Asilar.

3.2. O início da institucionalização e da Era Manicomial

O século XVIII é testemunha de um conjunto de mudanças nas esferas políticas, sociais, econômicas e em diversas áreas do conhecimento humano. Período marcado também pelo iluminismo, pelo pensamento utilitarista e pelo pensamento racionalista, que colocam a loucura como o oposto absoluto da razão e que portanto deveria ser combatida e eliminada pelo bem desta sociedade que tinha como valores primordiais o trabalho e a utilidade (Vieceli, 2014, p.).

Nesse contexto, Cibrão (2019) aponta o Hospital Bethlem Royal, em Londres, como a primeira instituição a ser considerada um Asilo, destinada exclusivamente aos classificados como insanos.

Inicialmente, segundo a autora, o edifício era um convento pertencente à Igreja de Santa Maria de Belém, foi em meados do século XIV que a propriedade começou a ser usada como um hospital e, em 1403, era o abrigo de seis pacientes

considerados perturbados. Desde então, assumiu o seu papel numa história contínua de instituição destinada ao cuidado de doentes com perturbações mentais.

Em meados de 1670, Cibrão (2019) relata que Bethlem excedia a sua lotação, o que provocou inquietações no governo que o considerava antigo, degradado e demasiado pequeno para o número de alienados. Dando origem ao novo Bethlem, projetado por Robert Hooke⁹.

O novo Bethlem, acomodava 120 pacientes, tendo sido aumentado em 1730 para acolher os considerados loucos incuráveis. Cibrão (2019) menciona que o plano para Bethlem exigia um espaço capaz de receber um elevado número de indivíduos, que podiam apresentar comportamentos perturbadores ou violentos. Esta particularidade de pacientes introduziu a necessidade de contenção e isolamento.

Segundo a autora, Hooke desenhou um edifício bilateral e simétrico, com uma estrutura central ladeada por dois longos blocos blindados. A entrada principal era feita pelo edifício central, onde se encontrava o hall (**Figura 7**), os doentes reclusos encontravam-se no piso inferior, com janelas pequenas para sul, enquanto que no primeiro piso, com uma galeria voltada para norte e entrada de luz através de janelas altas, estavam os restantes doentes em celas individuais (**Figura 8 e 9**). (Cibrão, 2019, p. 39).

Figura 7 — Fachada do Hospital de Bethlem, Londres, 1750.

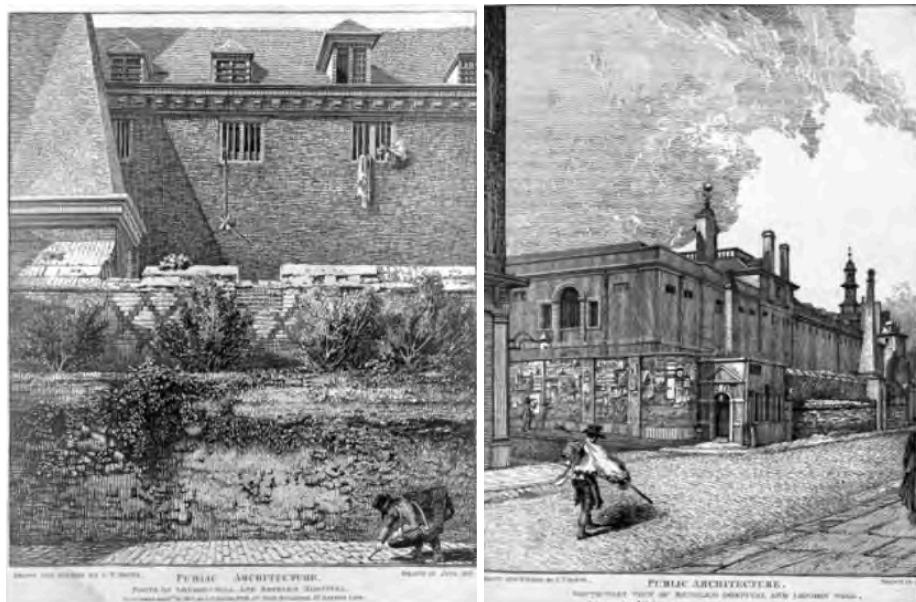


Fonte: Cibrão, 2019.

⁹ Foi um cientista, filósofo inglês e inspetor da cidade desde 1666.

Figura 8 à esquerda — Ilustração das janelas pequenas para o sul, em 1750.

Figura 9 à direita — Ilustração das janelas da fachada principal para o norte, em 1750.¹⁰



Fonte: Cibrão, 2019.

A partir daí se inicia uma característica comum da arquitetura asilar e da institucionalização dos anos seguintes, a excedência frequente do número de pacientes resultante em relação ao inicialmente planejado. Resultado do excesso de internações sem precedentes e o esquecimento e abandono dos pacientes nesses espaços, ao que Foucault (2000) denominou de “A Grande Internação”. Descrito por Fontes (2003) como, o ato de recolher a estes hospitais, espontânea ou compulsoriamente, todos os marginalizados, miseráveis, delinquentes e também os loucos.

Desta forma, Vieceli (2022) relata que o processo de internação manicomial constituiu-se como um modelo oportuno de eliminar a loucura da paisagem das cidades, considerada heterogênea e nociva à ordem desejada. De tal maneira que, o próprio espaço foi proposto como uma terapêutica, na qual se esperava que o louco, considerado desprovido de razão e ordem mental, seria reestruturado e recomposto através da ordenação e da disciplina do espaço.

Para Vieceli (2022), as estruturas funcionais do manicômio buscam um resultado espacial que atinja uma eficiência pragmática asséptica, onde o controle e a vigilância são fatores fundamentais nas decisões projetuais.

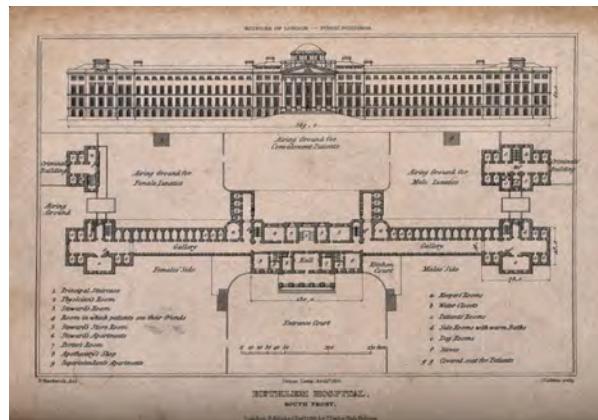
¹⁰ As figuras 9 e 10 fazem a comparação entre as aberturas para as diferentes celas. O edifício, estava propositadamente voltado a norte pois acreditava-se que o frio e o escuro eram benéficos para os portadores de perturbações mentais.

Foucault (2011 *apud* Vieceli, 2014), ainda pontua que o espaço, seja ele entendido como objeto arquitetônico isolado, seja como um espaço mais amplo, o da própria cidade, neste período, torna-se um dos mais importantes e fundamentais instrumentos do emergente poder disciplinar¹¹. Considerando a forte influência do pensamento utilitarista de Jeremy Bentham¹² sobre as questões sociais e legislativas neste período. Para Foucault (1983 *apud* Fontes, 2003), o panóptico de Bentham é a figura arquitetural dessa composição disciplinar, descrito pelo autor da seguinte maneira:

O princípio é conhecido: na periferia uma construção em anel; no centro uma torre; esta é vazada de largas janelas que se abrem sobre a face interna do anel; a construção periférica é dividida em celas, cada uma atravessando toda a espessura da construção; elas têm duas janelas, uma para o interior, correspondendo às janelas da torre; outra para o exterior, permite que a luz atravesse a cela de lado a lado. Basta então colocar um vigia na torre central, e em cada cela trancar um louco, um doente, um condenado, um operário ou um escolar (Foucault, 1983, *apud* Fontes, 2003, p. 21).

Através do que foi dito anteriormente, o novo Bethlem logo superlotou em 1815, surgindo a necessidade da criação de um terceiro, realizado pelo arquiteto James Lewis (Figura 10), que segundo Cibrão (2019), sua inauguração coincidiu com a publicação de um relatório sobre as instituições asilares na Inglaterra, no qual Lewis foi acusado de sacrificar as necessidades dos doentes em prol das exigências sociais, assim como foi explicado por Foucault.

Figura 10 — Planta do piso um e fachada do novo Hospital de Bethlem
Southwark, 1823.



Fonte: Cibrão, 2019.

¹¹ Disciplina, para Foucault, é o arranjo de saberes e poderes dominantes que controlam e sujeitam o corpo dos outros, os dominados. É uma dominação que usa o discurso da civilidade, do justo e do que é direito para afirmar-se como uma norma a ser internalizada nos corpos dos sujeitados.

¹² Bentham foi o criador do Panóptico, um dispositivo arquitetônico projetado com o objetivo de proporcionar as melhores condições para a prática da vigilância e do controle.

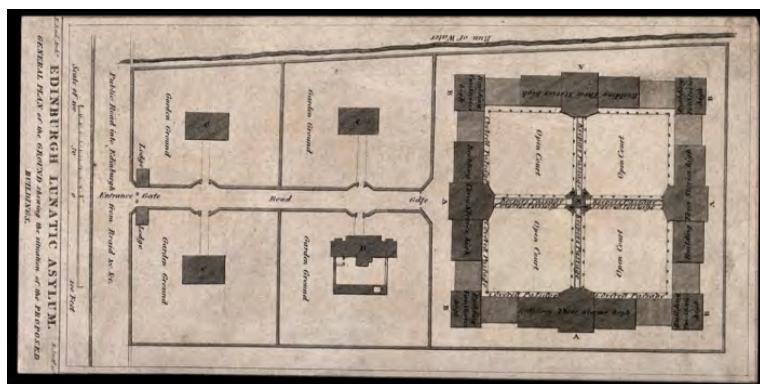
A autora relata a situação da terceira casa de Bethlem da seguinte maneira:

O novo Bethlem não era muito diferente nem muito pior do que a maioria dos asilos construídos. O plano assemelhava-se ao de Hooke, um edifício comprido, com um único corredor, onde um bloco de administração central dava acesso a duas alas. O lado norte de Bethlem estava voltado para a rua, apresentando uma fileira de janelas para a cidade. A terceira casa de Bethlem foi uma das instituições asilares mais visitadas durante o seu funcionamento, o que vai de encontro ao propósito da sua construção: agradar o público. A situação em Bethlem chegou a um extremo tal que bilhetes eram vendidos para que público pudesse visitar estes espaços, sendo que as salas de visitas e enfermarias se encontravam em melhor estado do que o resto da instituição (Cibrão, 2019, p.).

De acordo com Cibrão (2019), o Hospital de Bethlem, vinculado a eventos trágicos como a morte do poeta Robert Ferguson em 1774, testemunhou o despertar do pensamento iluminista e a iniciativa do psiquiatra Andrew Duncan de erguer sua própria instituição para doentes mentais. As tentativas para desenvolver o novo edifício começaram em 1792, culminando na construção do Edinburgh Lunatic Asylum, um modelo avançado de Arquitetura Asilar, iniciada em 1809 e concluída posteriormente.

Segundo a autora, este novo modelo desenvolveu uma planta quadrangular inovadora, em que à volta de um pátio central, eram distribuídos oito edifícios, quatro com dois pisos nos cantos e mais quatro com três pisos, interligados por uma galeria de distribuição de um piso (**Figura 11**). Embora as instalações de Edinburgh fossem humildes, elas eram focadas nos doentes e não no público. Este pensamento foi o ponto de partida para o Tratamento Moral¹³.

Figura 11 — Planta de cobertura do Asilo de Edimburgo, 1807.



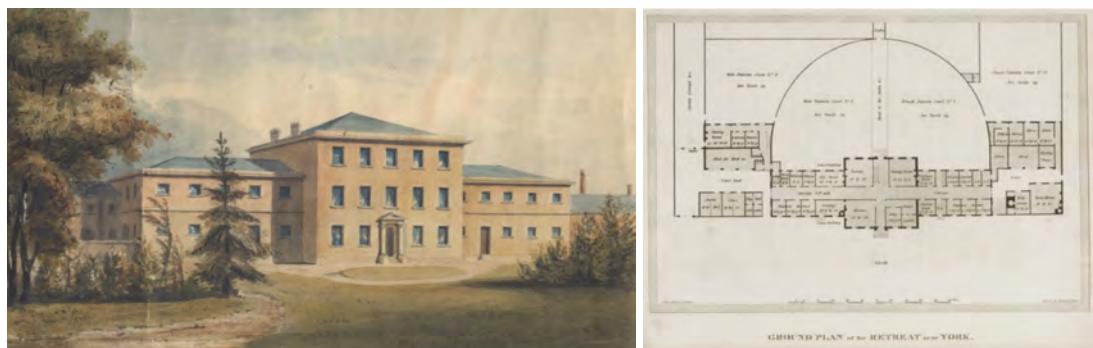
Fonte: Cibrão, 2019.

¹³ Em Psiquiatria, é o tratamento humano do doente mental. O movimento iniciado no século XVIII, em prol de um tratamento mais humano dos insanos.

Ainda houve em 1796, segundo o relato de Cibrão (2019), o The York Retreat (**Figura 12 e 13**), projetado pelo arquiteto John Bevans em parceria com William Tuke¹⁴, que se tornou um modelo de referência na história da arquitetura das instituições psiquiátricas, por ter sido o primeiro construído de acordo com os princípios do Tratamento Moral. Localizado em um terreno de cinco hectares em uma colina, o York Retreat buscava proporcionar um ambiente natural e acolhedor, distante da agitação da sociedade.

Figura 12 à esquerda — Ilustração das janelas pequenas para o sul, em 1750.

Figura 13 à direita — Ilustração das janelas da fachada principal para o norte, em 1750.



Fonte: Cibrão, 2019.

Nessa nova proposta, a autora descreve que os jardins eram tão importantes quanto o próprio edifício, de forma a incentivar os pacientes a cuidarem do ambiente externo, praticarem exercícios físicos e até mesmo a possuírem animais de estimação.

As inovações introduzidas pelo York Retreat contribuíram para a percepção da Arquitetura Asilar e do ambiente físico como ferramentas terapêuticas. Embora as premissas do Tratamento Moral não tenham influenciado diretamente a concepção do edifício, este demonstrava uma busca pela compreensão das patologias e uma preocupação com o bem-estar dos pacientes.

3.3. O tratamento moral e o início da reforma psiquiátrica

O nascimento da psiquiatria moderna, bem como do manicômio, tem uma figura chave: Phillipine Pinel, responsável pela libertação dos loucos das correntes do internamento do século 17 na França. (Vieceli, 2022). Momento ligeiramente precedente à modernidade, mostrado anteriormente, no qual o louco encontrava-se

¹⁴ Foi um negociante e filósofo inglês cujo nome é ligado ao tratamento humanizado dos doentes mentais, para os quais projetou, em 1792, o York Retreat.

recluso indiscriminadamente em meio a toda sorte de excluídos sociais, sem qualquer cuidado ou tratamento.

Para ele, o manicômio deveria funcionar como grande continuidade da moral social, onde imperariam os valores da família e do trabalho. Seu "tratamento moral" obteve ampla aceitação durante o século XIX, culminando na fundação de hospitais psiquiátricos em todo o mundo ocidental. Por essa razão, o século XIX ficou conhecido como o século dos manicômios.

Cibrão (2019) destaca o papel do Dr. Kirkbride¹⁵ neste momento, cujos princípios influenciaram todas as instituições mentais nos EUA entre o final do século XIX e início do XX, foi um dos principais apoiadores do Tratamento Moral, considerada por alguns autores, a primeira reforma psiquiátrica, do qual Kirkbride definiu um desenho arquitetônico que a acompanhasse.

Entendidos por Kirkbride como participantes ativos na terapia, a arquitetura do asilo e o seu entorno eram um componente central no conceito de tratamento da época, e o trabalho que ele desenvolveu deu origem ao que ficou conhecido como Plano Kirkbride (Vieceli, 2022).

Kirkbride, segundo Vieceli (2022), considerava que o espaço arquitetônico exercia um efeito curativo e, portanto, as habitações deveriam ser amplas, iluminadas, bem ventiladas e decoradas com bom gosto. A beleza, a ordem, o equilíbrio geométrico dos edifícios e o respeito para com os pacientes permitiriam que estes se recuperassem e pudessem voltar a integrar a sociedade.

No qual Cibrão (2019) menciona que esse novo pensamento foi refletido na arquitetura através da inserção de jardins, fontes, pequenas casas no terreno dos hospitais e áreas rurais para que os pacientes pudessem desfrutar e acalmar as suas emoções. O edifício também deveria ser orientado de forma a que todas as janelas tivessem vista direta para o exterior e entrada de luz natural a maior parte do dia, especialmente nos espaços comuns.

Apesar de apresentar semelhanças com os modelos asilares anteriores, Cibrão (2019) pontua que a arquitetura dos edifícios de Kirkbride tinha um propósito a suportar a sua organização. A planta de Kirkbride, que ficou conhecida como a planta em forma de morcego (**Figura 14**), distribuía os doentes por géneros e

¹⁵ Thomas Story Kirkbride foi um médico defensor influente de um sistema de asilo com base nos princípios do tratamento moral

patologias a partir de um edifício central. Segundo a autora, a planta funcionava da seguinte maneira:

Do lado direito o sexo masculino e do lado esquerdo o sexo feminino. Por sua vez, quanto mais afastados estiverem, do bloco central, os quartos dos doentes, mais grave seria a patologia que estes apresentavam. Desta forma, todos que evidenciam uma reabilitação positiva, eram transferidos para instalações mais próximas do núcleo central, de modo a que o caráter de comunidade ganhasse força de forma gradual (Cibrão, 2019, p. 51).

Figura 14 — Hospital Nacional para Insanos, planta baixa tipo.



Fonte: Vieceli, 2022.

De acordo com Yanni (2007 apud Vieceli, 2022), a influência de Kirkbride garantiu a boa reputação do seu plano arquitetônico em grande parte da sua vida, perto do final do século XIX, no entanto, esse sistema perdeu importância, tornou-se obsoleto e foi abandonado. Na medida em que o tratamento moral não demonstrava eficiência, não reduzia a incidência da doença mental, apresentava superlotação e falta de apoio financeiro, às instituições de saúde mental buscaram outras formas de tratamento e outras fórmulas arquitetônicas para tal prática.

Segundo Vieceli (2022), em meados do século XX, os hospitais psiquiátricos públicos estadunidenses abrigavam a população mais pobre da sua sociedade e apresentavam superlotação constante. E dessa maneira, estes hospitais voltaram a se assimilar a grandes prisões. A autora ainda enfatiza que, em 1955, mais de meio milhão de americanos estavam confinados em hospitais psiquiátricos públicos, ao passo em que a psiquiatria norte americana começou a aplicar intervenções físicas violentas e invasivas como lobotomias, comas de insulina, tratamentos de eletrochoque e, eventualmente, produtos químicos comercializados como drogas psiquiátricas.

Com o abandono do plano de Kirkbride e o retorno da arquitetura asilar, similar aos exemplares mencionados das casas Bethlem juntamente com a implementação dos novos e desumanizados tratamentos do início do século XX, o sociólogo Erving Goffman desempenhou um papel crucial. Aliado ao tratamento moral e ao surgimento dos movimentos antimanicomiais, Goffman foi fundamental para o início das reformas psiquiátricas em todo o mundo através da sua obra intitulada: *Manicômios, Prisões e Conventos*.

De acordo com Vieceli (2022), este livro é o resultado de uma pesquisa de três anos de estudos, com o propósito de conhecer e perceber o mundo subjetivo dos internados, naquelas que o autor chamou de “instituições totais”¹⁶. Segundo a autora, foi necessário um olhar mais próximo que exigia de Goffman estar entre os internos, vivenciar e perceber a partir do lado de dentro dos muros, tornando-se parte da realidade vivida no interior do espaço da instituição. É a partir dessa vivência que ele extraí suas análises e os principais conceitos da sua influente obra.

Um dos pontos influentes da obra de Goffman para o início da Reforma Psiquiátrica e ao processo de desinstitucionalização em todo o mundo, foi o conceito de “mortificação do sujeito”. Segundo Vieceli (2022), para o autor, o indivíduo que passa pelo processo de hospitalização é apanhado pela “pesada máquina de serviços de hospitais para doentes mentais”. Uma vez iniciado nesse caminho, o status uniforme de paciente mental assegura um destino comum a um conjunto de pessoas, que se tornam cada vez mais distantes e não pertencentes ao mundo exterior e este afastamento do ambiente civil impossibilita ao indivíduo o contato com uma série de experiências que confirmam a ele uma concepção de si próprio.

Para Goffman (*apud* Vieceli, 2022), a loucura ou o “comportamento doentio” atribuído ao doente mental são, em grande parte, resultantes da distância social entre quem lhes atribuiu isso e a situação em que o paciente está colocado, e não são, fundamentalmente, um produto de doença mental.

Conforme Vieceli (2022), Goffman concluiu que a hospitalização psiquiátrica não se ajusta ao modelo de serviço médico. Portanto, para o autor, a configuração espacial dos asilos, caracterizada por uma localização periférica, grandes muros, grades e vigilância irrestrita, transcende a simples questão da segurança dos pacientes e exerce uma influência na insuficiência dos tratamentos destinados a pessoas com transtornos psíquicos, necessitando, assim, de uma reavaliação

¹⁶ Termo criado por Goffman para descrever os objetos da sua pesquisa: os manicômios, prisões e conventos.

crítica. A partir dessas reflexões, abre-se espaço para novas discussões, emergindo novas abordagens socioterapêuticas.

A Reforma Psiquiátrica contemporânea é um movimento que ganhou força nos países ocidentais principalmente após a Segunda Guerra Mundial. No pós-guerra, afirmava-se o combate ao modelo manicomial, que passava então a ser comparado aos campos nazistas de concentração (Amarante, 1995). A partir dos anos 1970, a psiquiatria global transcende a mera terapêutica e prevenção das doenças mentais, estabelecendo um novo foco: a saúde mental.

Para Birman e Costa (*apud* Amarante, 1995, p. 22), o movimento de reforma psiquiátrica pode ser dividido em dois períodos distintos. O primeiro período é caracterizado por uma crítica à estrutura asilar, responsável por elevados índices de cronificação, e é representado pelas comunidades terapêuticas e pela psicoterapia institucional¹⁷. O segundo período está marcado pela expansão da psiquiatria para o espaço público, com o objetivo de prevenir e promover a saúde mental.¹⁸ Nestes dois períodos, porém, ainda se acreditava na instituição como *locus* de tratamento e na Psiquiatria enquanto saber competente (Amarante, 1995, p. 22-35).

Porém, segundo os autores, é num terceiro período, a partir da antipsiquiatria, surgida na década de 60, período que propunha a desconstrução do saber médico sobre a loucura, advindas das propostas do psiquiatra italiano Franco Basaglia e da psiquiatria democrática italiana¹⁹ (Amarante, 1995, p. 42-50). Neste contexto, afirma-se o conceito de desinstitucionalização, não como mera desospitalização, muito menos como desassistência (Amarante, 1996, p. 17-27), mas como “desconstrução e, ao mesmo tempo, um processo de invenção de novas realidades” (Amarante, 1996, p. 32).

Dessa forma, para Vieceli (2022), ao questionarem as formas de tratamento da loucura, esses movimentos também problematizam os espaços onde ela era tratada. Com os movimentos antimanicomiais, em muitos países, estabeleceram-se reformas nas políticas públicas de saúde mental e, a partir disso, surgiram novas possibilidades para os lugares da loucura, sejam eles físicos e/ou existenciais.

¹⁷ Essas primeiras experiências na abordagem coletiva visavam promover a interação dos pacientes entre si e com as equipes terapêuticas.

¹⁸ Neste contexto, destaca-se a psiquiatria do setor, que organiza a assistência em setores territoriais definidos, e a psiquiatria preventiva, que desloca etapas do tratamento, como a prevenção e o “pós-cura”, para fora dos limites hospitalares, inseridos na comunidade.

¹⁹ Movimento político constituído em 1973, que se opera a decisiva ruptura, que coloca em questão os conceitos e posturas da psiquiatria tradicional frente à doença mental

Segundo Amarante (1996), Basaglia promove a desmontagem do aparato manicomial, constituindo também novos espaços e novas formas de lidar com a loucura e a doença mental. Foram construídos sete centros de saúde mental, distribuídos pelo território da cidade, e constituíram-se diversos "grupos-apartamento", residências onde moravam usuários, sós ou em grupos, acompanhados ou não por técnicos ou voluntários. Para resolver a questão do trabalho, foram criadas cooperativas, que posteriormente ganharam o estatuto de empresas sociais, pela importância que assumiram na economia local.

A Reforma Brasileira foi fortemente influenciada por estas experiências italianas, o que pode ser verificado até mesmo nos modelos substitutivos que aqui têm sido desenvolvidos, conforme veremos em seguida.

3.4. Os espaços da loucura brasileiros

No Brasil, o processo por que passou a abordagem da loucura foi semelhante ao verificado na Europa do século XVII, ocorrendo, porém, somente no século XIX, acrescido das peculiaridades da nossa situação econômica e social (Resende, 1990, p. 29).

Até o século XIX, segundo Fontes (2003), os loucos gozavam de certa liberdade numa sociedade ainda predominantemente rural. Para Resende (1990), a impressão mais marcante é a de que a doença mental no Brasil parece ter permanecido silenciosa por muito tempo, suas manifestações diluídas na vastidão do território brasileiro.

Conforme Machado (1978), o nascimento da Psiquiatria brasileira foi marcado pela determinação de D. Pedro II em 1841, com a criação do primeiro hospital de doentes mentais, a ser edificado numa chácara pertencente à Santa Casa de Misericórdia, no Rio de Janeiro²⁰. Fundada em 8 de dezembro de 1852 (**Figura 15, 16, 17**), a edificação, de arquitetura imponente, era inspirada nos moldes dos mais conceituados asilos europeus, especialmente nos modelos franceses defendidos por Pinel (Fiocruz, 2000).

²⁰ Instituição filantrópica que anteriormente abrigava indivíduos "perturbadores da ordem social", na qual muitos loucos eram recolhidos e mantidos encarcerados em seus porões. Em condições que geravam críticas da classe médica, por não oferecerem possibilidades de tratamento médico e recuperação.

Figura 15 — Hospital Pedro II, gravura de Victor Frond, 1852.



Fonte: Fontes, 2003.

Figura 16 à esquerda — Sala de costura do Hospital Pedro II, 1852.

Figura 17 à direita — Refeitório do Hospital Pedro II, 1852.



Fonte: Fontes, 2003.

Entretanto, de acordo com Fontes (2003), apesar de toda a grandiosidade que se procurou imprimir ao projeto da instituição, logo começaram a surgir as críticas. Uma das críticas se referia justamente à imponência da arquitetura, cujo planejamento teria negligenciado as questões terapêuticas, supervalorizando as estéticas e os ornamentos.

O principal representante desta onda de críticas foi João Carlos Teixeira Brandão, conforme dito pela Fiocruz (2000):

João Carlos Teixeira Brandão, que no final do século XIX, divulgava a sua insatisfação com o caráter filantrópico assumido pela instituição, a preferência pela internação dos que podiam pagar, a falta de critérios para a internação, a superlotação, a falta de médicos, a mistura de diferentes tipos de moléstias, a presença de alienados, criminosos e de crianças em meio aos adultos. Teixeira Brandão, que em 1987 assumiu a direção do Hospício, reivindicava uma maior intervenção médica na instituição, já que o ato de "sequestrar" o louco deveria ser determinado pela ciência, e não um ato de caridade (Fiocruz, 2000).

Para Machado (1978), as possibilidades oferecidas pela organização do seu espaço se mostravam insuficientes às demandas dos tratamentos, especialmente no que se refere às classificações dos pacientes. Reconhecia-se que a criação do hospício representava uma importante etapa histórica, ao contemplar um espaço especialmente destinado aos loucos, porém, segundo Machado (1978), caberia aos médicos psiquiátricos a definição das diretrizes para um espaço realmente terapêutico.

Em fevereiro de 1890, foi criada a Assistência Médico-Legal a Alienados, dirigida por Teixeira Brandão, e composta pelo Hospício Nacional de Alienados e pelas novas Colônias de Alienados da Ilha do Governador, as Colônias de São Bento (masculina) e Conde de Mesquita (feminina). O modelo das colônias, inspirado em modelos europeus e geralmente afastadas dos grandes centros, estava em ascensão, pois permitia o desenvolvimento de práticas agrícolas, recomendadas pelo tratamento moral de Pinel. (Fontes, 2003, p. 49).

Este processo, composto pela estatização do Hospício, a criação da Assistência e das duas colônias, as primeiras da América Latina, representou, segundo Amarante (1994), a primeira reforma psiquiátrica no Brasil.

A partir da década de 30, de acordo com Amarante (1994), foram agregadas aos tratamentos as novas descobertas da psiquiatria: o choque insulínico, o choque cardiazólico, a eletroconvulsoterapia e a lobotomia (**Figura 18**). Isso marcou o início de uma era de torturas e abusos contra essa população vulnerável no país, com a conivência do Estado. Somente no final do século XX, com a consolidação da Reforma Psiquiátrica, essas práticas foram, então, abolidas.

Figura 18 — Um exemplar brasileiro de uma dependência para eletrochoque do início do século XX.



Fonte: Fontes, 2003.

3.5. A Reforma Psiquiátrica Brasileira e os novos modelos assistenciais

No Brasil, o movimento antimanicomial culminou com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, que atingiu a esfera do legislativo na década de noventa. Conforme Fontes (2003), o processo de Reforma Psiquiátrica contou com a atuação precursora da psiquiatra Nise da Silveira, que na década de 40 ganhou destaque ao se rebelar contra os métodos da psiquiatria tradicionais, como o eletrochoque e a lobotomia. Nise da Silveira percebeu também que poderia proporcionar a expressão do inconsciente de pacientes esquizofrênicos através da arte e obteve, com o seu trabalho, reconhecimento internacional, inclusive por parte de Carl Gustav Jung²¹, com quem manteve intercâmbio (Fontes, 2003, p. 48).

Segundo Amarante (1995), a campanha efetiva pela Reforma, porém, só ganhou força no final da década de 70, fortemente influenciada pela trajetória do psiquiatra italiano Franco Basaglia, mencionado anteriormente, e através da atuação do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), primeiro grupo brasileiro responsável pela mobilização em torno desta causa, além de outras associações que se formaram em seguida, como o movimento Luta Antimanicomial.

Conforme descrito no suplemento do Ministério da Saúde sobre Legislação em Saúde Mental (Brasil, 2001), na década de 90, com base nas recomendações da Declaração de Caracas²², a Reforma alcançou a esfera do Legislativo, a partir do projeto de lei federal de autoria do deputado Paulo Delgado (Brasil, 2001), que inspirou, por sua vez, diversas iniciativas estaduais em estabelecer critérios para novos modelos de atendimento à saúde mental.

Após a Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001 entrar em vigor, instaura-se um processo de desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos em todo o país, visando assegurar um tratamento baseado na liberdade individual, em contraposição ao modelo manicomial preconizado anteriormente e, redireciona-se ao novo modelo assistencial em saúde mental. Dessa forma, a lei assegura, no artigo 3º, que:

²¹ Psiquiatra suíço criador da psicologia analítica, também chamada de psicoterapia junguiana.

²² Advinda da Conferência Regional para Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas em 1990. Organizações, profissionais de saúde mental, juristas e legisladores se reuniram para discutir as deficiências da assistência psiquiátrica convencional. A conferência destacou a inadequação dos hospitais psiquiátricos, que afastavam os pacientes de seus ambientes naturais e violavam os direitos humanos e civis.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais (Brasil, 2001).

Amarante (1995), descreve que o modelo assistencial é baseado em dois objetivos principais: fechar manicômios que, tradicionalmente distantes das cidades e de qualquer traço de empatia, representam grandes espaços de segregação, sofrimento e invisibilização de pessoas, e criar espaços dentro da cidade, que permitam a reinserção de pessoas em sofrimento psíquico e a não banalização da loucura.

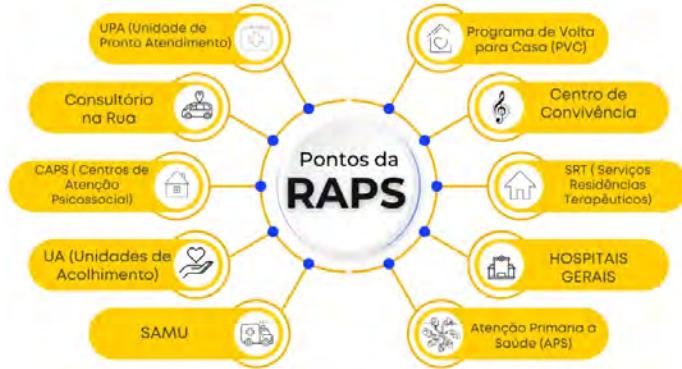
A partir disso, o Programa de Volta para Casa (PVC) é criado pela Lei nº 10.708 de 31 de julho de 2003, descrito pelo Ministério da Saúde (BRASIL), como estratégia de desinstitucionalização, destinado às pessoas em sofrimento psíquico, egressas de internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos e de custódia. Em seguida, a Rede de Atenção e Apoio Psicossocial (RAPS) pela Portaria Nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, com a finalidade de auxiliar na ressocialização e tratamento perto das famílias, pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Além de introduzir novos serviços anteriormente não previstos, também insere a lógica da atenção psicossocial em diversos pontos de atenção, além dos específicos de saúde mental. De acordo com a Portaria Nº 3.088, a RAPS é constituída pelos seguintes componentes: Atenção Básica em Saúde, atenção psicossocial especializada, atenção à urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Dentre os pontos de atenção vinculados à RAPS estão inseridos, os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); o Serviço Residencial Terapêutico (SRT); os Centros de Convivência e Cultura²³; as Unidades de Acolhimento (UAs); e os leitos de atenção integral em hospitais gerais (**Figura 19**) (Portaria nº 3.088, 2011).

²³ Unidade pública, articulada às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade.

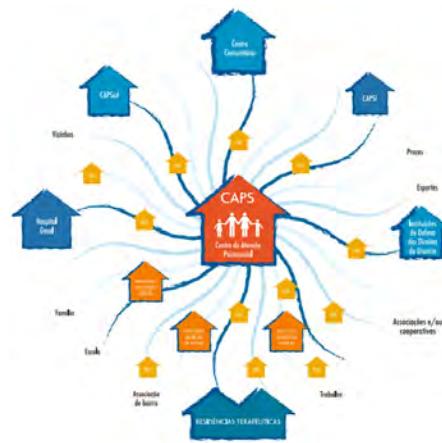
Figura 19 — Esquema dos pontos de atenção da RAPS.



Fonte: Ministério da Saúde, 2022.

Segundo o Ministério da Saúde (2013, p. 7), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades são pontos de atenção estratégicos da RAPS (Figura 20), uma vez que possuem serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com sofrimento ou transtorno mental em geral, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial (Brasil, 2011).

Figura 20 — Esquema da rede de atenção à saúde mental.



Fonte: Ministério da Saúde, 2004.

O CAPS, que faz parte da atenção psicossocial especializada, se subdivide em 5 modalidades: CAPS I, II ou III, conforme o seu porte e abrangência, inclusive no que diz respeito à carga horária de funcionamento. Sendo o CAPSi, destinado ao atendimento exclusivo de crianças e adolescentes e o CAPSad II, destinado ao

atendimento exclusivo de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas.

De acordo com o Ministério da Saúde (2013), o primeiro CAPS do Brasil foi criado em 1987, na cidade de São Paulo e nos anos que se seguiram, os CAPS foram implementados em vários municípios do país e consolidaram-se como dispositivos estratégicos para a superação do modelo asilar no contexto da reforma psiquiátrica.

Com o propósito de redefinir o papel social dos espaços dedicados ao cuidado de indivíduos em sofrimento psíquico, a desinstitucionalização dos manicômios implica não apenas no fechamento dessas instituições, mas também em tornar obsoleta a estrutura física que, historicamente, simboliza métodos abusivos de tratamento, como visto anteriormente.

Dessa forma, é proposto através da reforma, uma nova concepção para os espaços substitutivos ao modelo manicomial, inserindo-os no tecido urbano para garantir a integração social dos indivíduos em sofrimento psíquico, divergindo-se dos antigos manicômios e suas locações que propiciavam o isolamento.

Entretanto, a dificuldade de criar novas estruturas em áreas urbanas já densamente ocupadas, somada à escassez de recursos disponíveis, levou à opção da adaptação de edificações preexistentes. Conforme Vieceli (2014), o novo modelo de assistência em saúde mental, no qual os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) se consolidam como principal referência física, assume uma tipologia de caráter residencial, buscando proporcionar um ambiente de acolhimento e refúgio (**Figura 21**).

Figura 21 — Primeiro Centro de Atenção Psicossocial do Brasil, o CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo, 1987.



Fonte: FIOCRUZ, 2025.

Contudo, a adaptação dessas edificações levanta desafios funcionais e projetuais, uma vez que esses espaços não foram originalmente concebidos para atender às demandas de um ambiente terapêutico. Segundo Vieceli (2014), a tipologia residencial não deve ser a única contraproposta ao modelo manicomial, já que o seu espaço reduzido não consegue atender a demanda de usuários.

É nesse contexto que esta pesquisa se insere, aprofundando-se na busca por soluções espaciais que promovam não apenas a adequação funcional, mas também a humanização dos espaços destinados ao cuidado em saúde mental, a qual será abordada no capítulo seguinte.

4. ARQUITETURA FENOMENOLÓGICA

Para Vieceli (2014), a forma de uma edificação para tratamento mental tem como prioridade passar o conceito de acolhimento no projeto, e essa sensação de acolhimento decorre principalmente das intenções projetuais.

Fontes (2007), ao enfatizar a importância da arquitetura na assistência à saúde, especialmente no processo de humanização, ressalta que os arquitetos podem enriquecer a abordagem da humanização ao explorar a relação entre o ambiente construído e o comportamento dos usuários.

Tal premissa constitui o princípio fundamental da fenomenologia arquitetônica, propor a valorização da relação entre o indivíduo e o espaço construído, visando aprofundar a experiência humana no ambiente. Pailos e Otero (2010) a definem como a junção da filosofia com a psicologia, integrando-se à arquitetura.

O que se buscará nos próximos ítems, é compreender a abordagem fenomenológica na arquitetura e a sua contribuição para a humanização de um espaço de saúde.

4.1 Conceito

Na filosofia, a fenomenologia é entendida como um estudo que está fundamentado no conhecimento dos fenômenos da consciência, foi fundada pelo matemático e filósofo Husserl no início do século XX, na Alemanha (Capalbo, 2008). A partir do entendimento da percepção como um meio de acesso ao mundo vivido e a fenomenologia como o estudo desse fenômeno ocorrido entre uma consciência e um objeto – independentemente de sua escala ou qualidade (Merleau-Ponty, 1945 *apud* Vizioli *et al.*, 2021), sendo esse objeto na arquitetura, o lugar.

Esta abordagem experimental foca o encontro entre a pessoa e a sua mente com a arquitetura. Segundo Pallasmaa (2018), neste método fenomenológico não há idéias previamente concebidas, a experiência que determina as emoções e os significados, onde a arquitetura é o objeto/lugar mediador entre o mundo externo e o mundo interno da identidade pessoal, gerando assim estruturas de percepção e horizontes de entendimento. O autor coloca como se acontecesse uma troca “[...] quando entro em um espaço, o espaço entra em mim, minha experiência e minha autocompreensão” (Pallasmaa, 2018, p. 107).

O filósofo Otto Friedrich Bollnow (1903-1991) favorece o reconhecimento de fundamentos da fenomenologia que podem ser incorporados na arquitetura, compreendendo duas esferas em ciclo: uma em prol do aspecto físico e outra utilizando-o a serviço da experiência vivenciada (Bollnow, 2008 *apud* Vizioli et al., 2024). Essa abordagem evidencia o papel do projeto arquitetônico como um mediador das experiências humanas nos espaços, considerando que a configuração dos elementos influencia, de maneira significativa, as interações e relações entre pessoas e o ambiente construído.

Pallasmaa (2011) descreve que, identificamo-nos com esse espaço, esse lugar, esse momento, e essas dimensões se tornam ingredientes de nossa própria existência, de tal modo, que, segundo o autor, nos permitem reconhecer e nos lembrar quem somos. Para Bachelard (*apud*, Pallasmaa. 2011):

Em nossos lares temos esconderijos e cantinhos nos quais gostamos de nos aconchegar com conforto. Aconchegar-se pertence à fenomenologia do verbo habitar, e somente aqueles que aprenderam a fazê-lo conseguem habitar com intensidade (Bachelard, *apud*, Pallasmaa. 2011).

E para essa vivência e aproximação completa entre o ambiente e a pessoa, os fenomenólogos defendem a sensorialidade como principal base, no qual se explora não apenas uma arquitetura visual, mas também, a arquitetura tátil, dos músculos e da pele. E também, a arquitetura que reconhece as esferas da audição, do olfato e do paladar.

Pallasmaa (2011) afirma que, toda experiência comovente com a arquitetura é multissensorial, pois, contemplamos, tocamos, ouvimos e medimos o mundo com toda nossa existência corporal. Pois, a arquitetura é a arte de nos reconciliar com o mundo, e esta mediação se dá por meio dos sentidos. (Pallasmaa, 2011). A arquitetura não é apenas uma composição visual estática; ela é vivenciada através do movimento e da experiência sensorial dos usuários.

Nesse contexto, Neves (2011) destaca como, ao longo da história, a visão foi gradativamente privilegiada em detrimento dos demais sentidos. Influenciada pela abordagem aristotélica, que associa a visão ao intelecto, essa perspectiva levou o homem a desconfiar das outras percepções sensoriais, tornando a visão o sentido predominante na forma como percebemos, dependemos e para o qual projetamos.

Para a autora, sem os nossos sentidos ficaríamos desconectados do mundo, pois dependemos de todos eles para entender o que nos cerca e portanto, devemos projetar com foco nos demais sentidos, além da visão.

Projetar para todos os sentidos pode, portanto, conectar o usuário ao meio projetado, propiciando-lhe uma experiência significativa. (Neves, 2011, p. 49). Esse princípio orienta o presente estudo que se fundamenta na metodologia da Arquitetura Sensorial, desenvolvida pela arquiteta e pesquisadora Juliana Duarte Neves, que será abordada a seguir.

4.2 A percepção sensorial da arquitetura fenomenológica e os sistemas sensoriais

A abordagem projetual denominada Arquitetura Sensorial, integra contribuições de renomados estudiosos da arquitetura e da psicologia, como James Jerome Gibson, Diane Ackerman, Upali Nanda, Juhani Pallasmaa, Friedensreich Hundertwasser, Alvaro Guillermo, Peter Zumthor, Lisa Heschong e Juliana Neves.

Segundo Neves (2011) essa metodologia funciona como “um passo a passo de como praticar a arte de projetar para todos os sentidos” e se organiza em diferentes sistemas sensoriais, sendo eles: o paladar-olfato, o háptico, o básico de orientação, o auditivo e o visual.

A seguir, será apresentada uma breve contextualização de cada sistema sensorial, visando a análise das atuais estruturas físicas que substituem os modelos manicomiais e a proposta de futuras aplicações projetuais nos mesmos.

4.2.1 O sistema paladar-olfato

O **sistema paladar-olfato** foi, segundo Neves (2011), uma das principais contribuições de James Gibson para a compreensão da percepção sensorial. Para o psicólogo, o paladar não deve ser considerado um sentido isolado, mas parte de um grupo juntamente com o olfato, pois, em relação à percepção do ambiente o paladar é sempre dependente do olfato.

No contexto projetual, a principal característica do paladar é seu forte caráter social, sendo um dos sentidos que mais favorece a interação entre indivíduos. Já o olfato, conforme destaca Ackerman (*apud* Neves, 2011), possui um papel ainda mais dominante, pois além de ser o primeiro contato com a comida, o nariz capta à

distância os aromas que estão dentro e fora da boca. Diferente do paladar, o olfato opera de maneira involuntária, tornando-se uma forte ferramenta projetual.

Ackerman (*apud* Neves, 2011) afirma que os odores influenciam nossa avaliação sobre pessoas, objetos e também sobre o meio projetado. Os cheiros emprestam personalidade a objetos e lugares, reforçando a importância desse sistema na criação de espaços que estimulam memórias, emoções e bem-estar.

Visto que, de acordo com Neves (2011), o olfato é o sentido que possui a ligação mais direta com a nossa memória e que a lembrança mais persistente de um lugar é o seu cheiro. Da mesma forma, Ackerman (*apud* Neves, 2011) reforça essa ideia ao afirmar que não esquecemos um aroma ao qual fomos expostos, ainda que não tenhamos a consciência de que tivemos tal contato.

Contudo, segundo as autoras, o impacto projetual do **sistema paladar-olfato** para com o indivíduo e o ambiente reside na sua capacidade de resgatar memórias, promover a socialização, fortalecer a conexão do indivíduo com o espaço e influenciar associações emocionais.

Um exemplo da aplicação desse sistema pode ser observado na Capela de Santo Inácio, projetada pelo arquiteto Steven Holl (**Figura 22**). Nessa obra, algumas paredes foram revestidas com cera de abelha, onde orações foram fixadas em folhas de ouro. Ao se aproximarem para ler as inscrições (**Figura 23**), os visitantes são envolvidos pelo aroma sutil e doce da cera, ativando o olfato e intensificando a relação simbólica entre o espaço, a memória e a espiritualidade.

Figura 22 à esquerda — Interior da Capela de Santo Inácio, Seattle, Estados Unidos, 1997.

Figura 23 à direita — Interior da Capela de Santo Inácio, Seattle, Estados Unidos, 1997.



Fonte: Steven Holl Architects, 2023.

4.2.2 O sistema háptico

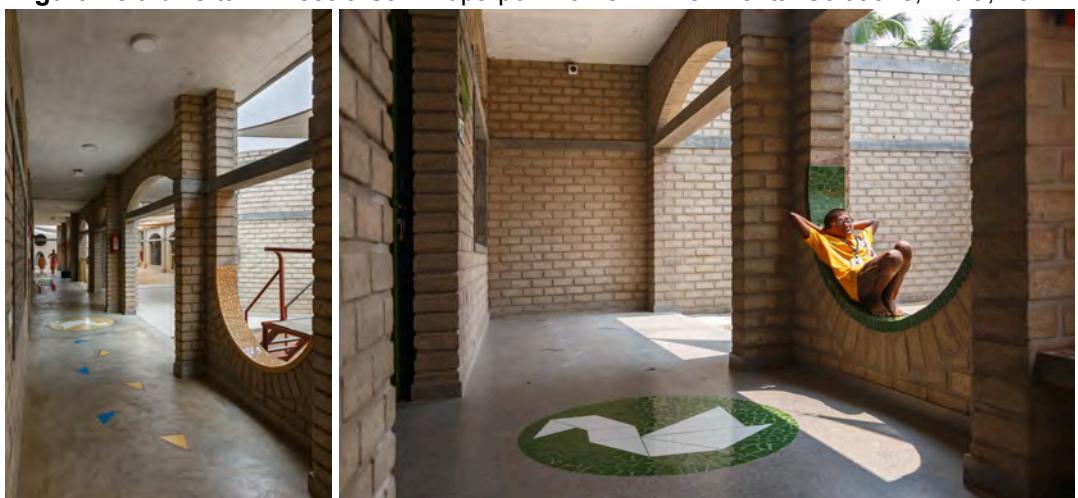
O **sistema háptico**, segundo Malnar e Vodvarka (*apud* Neves, 2011), é responsável pela percepção dos toques ativos e passivos, pela noção e aferição de temperatura e umidade, que ocorrem por meio da pele, e pela distinção de movimentos conhecida como cinestesia. Dessa forma, ele se divide nesses três subsistemas interligados: tato, temperatura e umidade, e cinestesia.

No que diz respeito ao **tato**, considerado o mais íntimo dos sentidos, Pallasmaa (*apud* Neves 2011, p. 63) acredita que o sistema háptico por meio do tato, conecta-nos com o restante do nosso corpo. Para ele, o tato não apenas nos permite sentir superfícies, mas também perceber sutilezas como peso, força da gravidade, densidade e textura dos pisos — um exemplo dado pelo autor é a forma como a sola dos pés capta essas variações sutis no solo, ampliando nossa percepção espacial e sensorial.

Essa relação entre a sola dos pés e as variações do solo pode ser observada na prática por meio do projeto da Escola Sai Kirupa, desenvolvido pelo escritório Biome Environmental Solutions (**Figuras 24 e 25**). Os arquitetos adotaram uma estratégia simples, porém eficaz: a inserção de recortes de pisos coloridos em meio ao revestimento convencional, funcionando como sinais visuais e táteis para estimular o movimento e o desenvolvimento das habilidades motoras das crianças.

Figura 24 à esquerda — Escola Sai Kirupa por Biome Environmental Solutions, Índia, 2024.

Figura 25 à direita — Escola Sai Kirupa por Biome Environmental Solutions, Índia, 2024.



Fonte: ARCHDAILY, 2024.

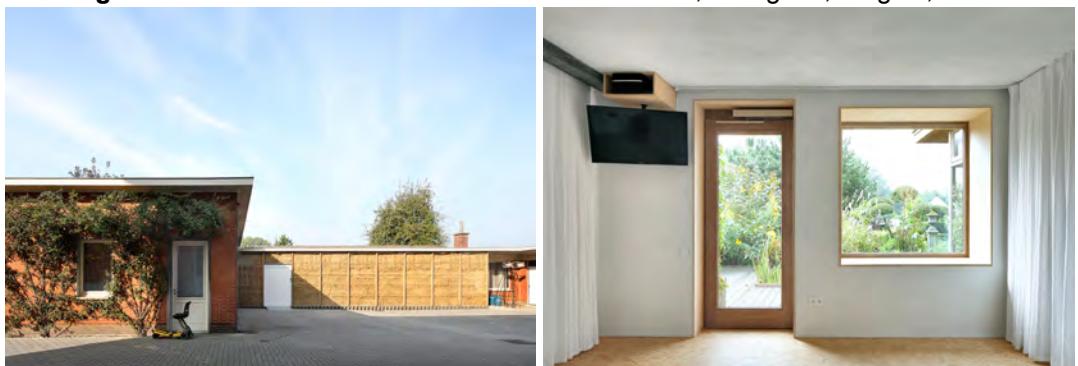
Esse recurso incentiva os alunos a pularem, correrem e interagirem com o espaço, além de possibilitar o uso de bancos em formato de arco invertido,

revestidos com o mesmo mosaico do piso. Essa abordagem está alinhada ao que Neves (2011) recomenda, quando pontua a importância da variação de texturas para conectar o usuário ao ambiente através das sensações transmitidas pelo toque ou pelas pisadas.

Tanto Pallasmaa quanto Neves ressaltam a importância projetual para a sensorialidade e o bem estar por meio do uso de materiais naturais que promovam uma conexão com a natureza. Na prática é possível observar esta aplicação no Centro de Reabilitação Refúgio II do escritório Wim Goes Architectuur na Bélgica, no qual foram utilizados materiais naturais em sua composição arquitetônica, como o barro, a madeira, a palha e a areia (**Figura 26**). Além da integração com a natureza através das aberturas voltadas para o jardim (**Figura 27**).

Figura 26 à esquerda — Fachada do Centro de Reabilitação Refúgio II, Bélgica, 2014.

Figura 27 à direita — Interior de um dos dormitórios, Refúgio II, Bélgica, 2014.



Fonte: ARCHDAILY, 2017.

O cérebro dos seres humanos é biologicamente atraído pela natureza, portanto o ambiente natural auxilia na criação de ambientes construídos que possam desenvolver a produtividade, saúde e bem-estar para as pessoas (Kellert; Calabrese, 2025).

Neves (2011) complementa que os materiais industrializados não envelhecem da mesma forma que os naturais, como madeira, pedra, tijolo de barro e outros. Para a arquiteta, o envelhecimento dos materiais naturais faz com que as construções também sejam parte do ciclo da natureza, pois irão envelhecer organicamente com a passagem do tempo e assim permitir que a história daquele lugar seja percebida por meio de suas marcas, texturas e transformações naturais.

A **temperatura e umidade** também se relacionam com a pele, para Neves (2011, p. 64), tanto a temperatura dos objetos e do ambiente quanto a umidade do ar

são percebidas pela pele. Dessa forma a autora destaca alguns pontos importantes a se considerar na hora de projetar, como, a associação desse subsistema a socialização, o uso de variações e associações térmicas, a cor e a iluminação, e utilização da percepção da umidade.

Segundo Neves (2011), o ato de compartilhar uma experiência térmica prazerosa pode reforçar uma amizade e construir laços sociais, uma vez que o conforto térmico está diretamente ligado às sensações de acolhimento e bem-estar. Como exemplo, a autora cita ambientes projetados para compartilhar experiências térmicas coletivas, como lareira, sauna ou piscinas aquecidas.

Neves (2011) também ressalta o fato das pessoas gostarem de experimentar os extremos térmicos, pois para ela, o contraste entre as diferentes temperaturas faz com que a experiência seja ampliada. Heschong (1979 *apud* Neves, 2011, p. 65) questiona: Ninguém gostaria de um mundo monocromático, então por que ter só uma temperatura em todos os lugares? Ressaltando o uso de variações térmicas para ampliar as experiências dos indivíduos.

O outro ponto defendido por Neves (2011) é a criação de associações térmicas como um recurso projetual eficiente relacionado ao sistema háptico. Para a autora, projetar com foco neste sistema é entender que a ideia de parecer quente ou fresco é equivalente a ser quente ou fresco. Pois, neste caso, se faz uso das chamadas “pistas sensoriais” que é a utilização de um sentido, neste caso a visão, para conduzir outro. Um exemplo dado é o uso, nos castelos medievais, de grandes tapetes vermelhos nas janelas, como artifício visual para demonstrar que internamente aquele ambiente seria aquecido e termicamente confortável.

Segundo Neves (2011), o ser humano considera aconchegante um ambiente com muita madeira e materiais que remetem à sensação de calor, enquanto se julga frio espaços como, banheiros ou hospitais, nos quais o uso de cores neutras como o branco, somado a materiais brilhantes e duros como o porcelanato e a cerâmica polida, transmitem frieza e morbidez.

O uso de cores e iluminação também são citados como fatores fundamentais para a composição de um ambiente e a percepção da sua temperatura. Para Neves (2011), ambientes com luzes focadas que permitem obter contrastes entre zonas claras e escuras, são notavelmente mais aconchegantes e calorosos do que ambientes com lâmpadas fluorescentes, difusas, frias e artificiais.

No que diz respeito à importância da coloração da luz, Neves (2011, p. 70) afirma que a variação da cor da luz impacta a atmosfera de todo o ambiente e, nesse sentido, considera um ambiente iluminado pela lâmpada amarela mais caloroso do que o iluminado pela branca fria, que segundo a autora, é mais comumente associados a hospitais e centros cirúrgicos.

Por fim, a percepção da umidade, que conforme Neves (2011), mesmo sendo mais sutil que a percepção da temperatura, também contribui para a experiência geral do ambiente. Dessa forma, a autora sugere a aplicação projetual dessa percepção, ao aumentar a umidade de um ambiente de maneira proposital com o intuito de causar arrepios aos transeuntes ou, através da variação da umidade do ar para indicar a mudança de um ambiente para o outro.

Um exemplo na prática desse recurso projetual citado por Neves, é do projeto Rio Cidade Bangu do arquiteto Paulo Casé (2001), segundo a autora, o arquiteto requalificou o calçadão de Bangu na capital do Rio de Janeiro, e criou uma cobertura com micro gotejadores para umedecer o ar e reduzir a temperatura. Os borrifadores de água acoplados a grandes ventiladores industriais são usados para espalhar gotículas no ar. Tal artifício trabalha com a variação de umidade como meio de causar frescor aos transeuntes que entram nesse ambiente

O terceiro e último subsistema do sistema háptico é a **cinestesia**, que é relacionada à sensibilidade dos movimentos ou como definido por Neves (2011), é o sentido de movimento que percebemos através do nosso próprio corpo. As partes do corpo responsáveis pela percepção cinestésica, segundo a autora, são os músculos e as juntas, que somados à visão, permitem compreender o espaço e os seus limites.

Relacionado a isso, Neves (2011) considera o envolvimento de três componentes principais, os quais são, a posição do corpo, o movimento propriamente dito e a sensação dos movimentos percebidos pelo corpo.

Malnar e Vodvarka (2004 *apud* Neves, 2011) explicam que esse movimento pode ser produto do músculos dos olhos ao ficarem, dos músculos dos dedos quando apertam alguma coisa, ou dos músculos das nossas pernas enquanto caminhamos. Conforme os autores, o aspecto importante da cinestesia é que a resposta muscular é altamente informativa, pois, comunica a distância em que os objetos estão, a composição dos materiais e a distância a que viajamos.

Os autores também enfatizam outros aspectos dos materiais a serem considerados, como, a variação de texturas entre áspero e macio, a variação de dureza entre borracha e aço, a variação de condutividade térmica entre madeira e cobre ou a resistência dos materiais como a variação entre um couro e um mármore.

Para Neves (2011), as informações provenientes dos nossos músculos contribuem para a percepção de um ambiente agradável, selvagem ou desnorteante. E através disso, Malnar e Vodvarka (2004 *apud* Neves, 2011) exemplificam que o emprego dos mesmos materiais com variações apenas nas texturas evoca uma associação inconsciente entre os espaços.

4.2.3 O sistema básico de orientação

Para Neves (2011) é através da relação do nosso corpo com os planos espaciais que se mensura o ambiente, a grandeza e definimos o trajeto a ser percorrido. Dessa forma, **o sistema básico de orientação** se fundamenta na relação entre o plano horizontal e o vertical, ou o chão e nosso corpo. Além de ser responsável pelo equilíbrio, norteamento de espaço, entendimento de escala, proporções do ambiente, com base em nosso corpo, e pela nossa percepção geral do lugar.

Segundo Pallasmaa (2005 *apud* Neves 2011), o entendimento da escala arquitetônica implica em medir inconscientemente um objeto ou um prédio a partir do nosso próprio corpo e projetar-se no espaço em questão. Para ele, dessa forma é possível sentir prazer e proteção ao sentir a ressonância do corpo no espaço.

A autora também descreve a relação entre o sistema básico de orientação e os outros sistemas, por exemplo, o sistema háptico, Neves (2011) acredita que estes sistemas juntos se tornam responsáveis por nosso entendimento da tridimensionalidade, a base da experiência arquitetônica.

Outro sistema que para a autora é prioritariamente necessário para o básico de orientação, é a visão. Neves (2011) descreve que a visão literalmente nos move e exemplifica isso ao pontuar que quando um ambiente escurece de maneira repentina, instantaneamente paramos e com isso, conclui que quanto mais escuro o local, mais lento é o movimento humano.

Alguns exemplos dados de aplicação desses mecanismos incluem o uso de pontos focais de iluminação em determinado ambiente, para direcionar o

deslocamento no espaço. Segundo o Guilhermo (2009 *apud* Neves, 2011), a iluminação pode atuar como um elemento orientador, guiando os transeuntes intuitivamente para a direção enfatizada.

Outro exemplo citado é o dos jardins do século XIX, onde paisagistas empregavam o artifício do mistério como estratégia para instigar a curiosidade dos transeuntes. Segundo Neves (2011), esses jardins eram projetados para guiar o percurso dos visitantes de maneira intencional, permitindo que os paisagistas controlassem o tempo e a experiência sensorial em cada etapa do trajeto.

Estratégias como o uso de pisos irregulares forçavam o transeunte a inclinar o olhar cerca de 30º para baixo, conforme Malnar e Vodvarka (2004 *apud* Neves, 2011), direcionando sua atenção a elementos específicos, como arbustos estrategicamente posicionados. Da mesma forma, a redução da densidade da vegetação ampliava o campo de visão, revelando lagoas ou paisagens contemplativas. Esses artifícios não apenas entretinham os visitantes, mas também estimulavam o sistema básico de orientação.

4.2.4 O sistema auditivo

Quanto ao **sistema auditivo**, Neves (2011) o considera responsável, não só pela habilidade de escutar, mas também pela capacidade de direcionar através dos sons e por possibilitar detectar a natureza dos barulhos no espaço.

Ackerman (1991, *apud* Neves, 2011), acredita que não é possível nos conectar com o mundo sem os sons. A autora argumenta que um cego ainda pode compreender o mundo, mas com a perda da audição uma ligação crucial é dissolvida e a lógica da vida para de fazer sentido.

Dessa forma, para Neves (2011) a audição é o segundo sentido mais relevante, sobretudo quando se trata da percepção espacial. Juntamente com a visão e o olfato, a audição permite um distanciamento físico para experienciar algo, característica já vista com relevância projetual anteriormente.

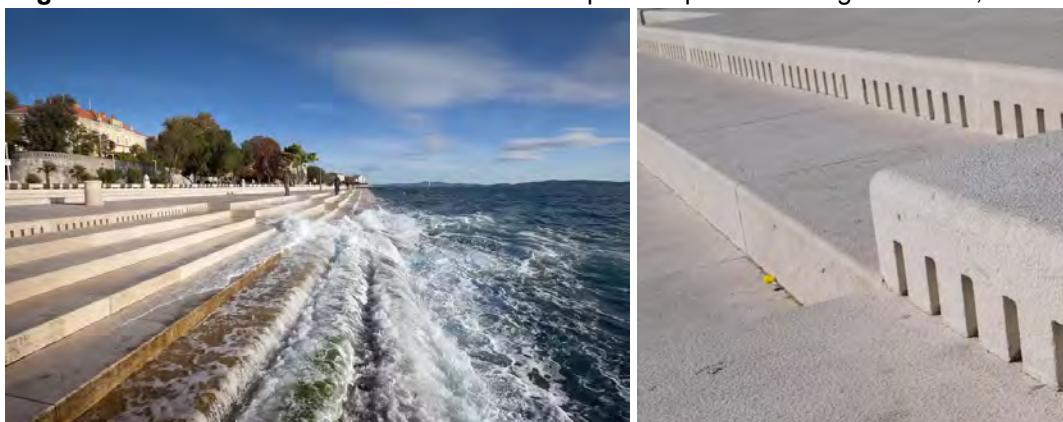
No âmbito projetual, a autora ressalta que projetar para o sistema auditivo vai além da música ambiente, também inclui elementos como os ecos, o som dos passos, materiais, objetos e até o silêncio absoluto.

A aplicação desses outros elementos, pode ser vista no projeto chamado: Órgão do mar, do arquiteto croáta Nikola Bašić (**Figura 28**). Nesse projeto, a própria

arquitetura torna-se um instrumento sonoro, onde uma rede de tubos de polietileno e cavidades ressonantes foi estrategicamente posicionada no espaço (**Figura 29**). À medida que as ondas do mar e o vento atingem a estrutura, sons harmônicos são emitidos, criando uma experiência auditiva única, semelhante à melodia de um órgão.

Figura 28 à esquerda — Órgão do Mar, Zadar, Croácia, 2024.

Figura 29 à direita — Aberturas de tubos com apitos dispostos do Órgão Do Mar, 2024.



Fonte: Casa e Jardim, 2024.

4.2.5 O sistema visual

O **sistema visual** é abordado sob uma perspectiva diferenciada, considerando sua histórica predominância sobre os demais sentidos. A metodologia proposta enfatiza a necessidade de projetar para além da visão, promovendo uma experiência sensorial mais completa. Nesse contexto, o recurso explorado é o uso das sombras como ferramenta projetual.

Luz e sombras desempenham um papel essencial na criação de efeitos visuais que enriquecem a experiência espacial. Neves (2011) destaca que, embora projetistas frequentemente se dediquem ao planejamento luminotécnico, muitas vezes negligenciam o impacto das sombras projetadas, que são fundamentais para a atmosfera e a identidade dos espaços.

Segundo a autora, as sombras podem ser manipuladas tanto por meio da iluminação natural quanto artificial. No caso da luz do sol, além de reforçar a conexão com a natureza e proporcionar maior sensação de conforto, sua variação ao longo do dia influencia ângulos, tonalidades e a dureza das sombras, possibilitando uma dinâmica projetual mais rica e a introdução de elementos surpresa na composição espacial.

5. CONFORTO AMBIENTAL EM ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

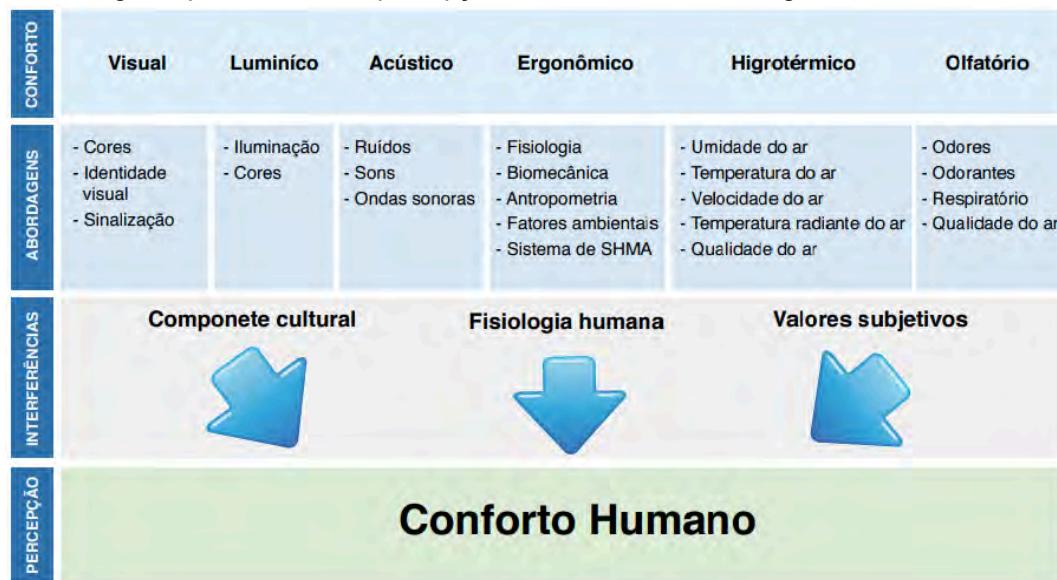
Em 2014, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou o Manual de Conforto Ambiental em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, que estabelece orientações não só técnicas, mas também prevê estratégias com foco na humanização nos espaços de saúde.

Para a ANVISA (2014), ter um projeto arquitetônico compatível com suas funções e amigável aos seus usuários é, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), um novo papel para todos os hospitais. Para tal, a humanização passa a desempenhar uma função estratégica (BRASIL, 2011 *apud* ANVISA, 2014, p. 9).

O Manual reconhece a influência direta que o ambiente exerce sobre o bem-estar físico e psicológico dos usuários e, em consonância aos princípios da fenomenologia arquitetônica, associa o conceito de conforto às percepções fisiológicas humanas.

Com isso, a solução projetual dos estabelecimentos de saúde, conforme as diretrizes da ANVISA (2014), busca atender às demandas técnicas, geográficas e epidemiológicas, mas também contemplar, com fundamental relevância, a satisfação do usuário por meio do conforto ambiental em seus diversos aspectos: visuais, higrotérmicos, acústicos, lumínicos, olfativos e ergonômicos (**Quadro 1**).

Quadro 1 — Esquema dos componentes de conforto e suas respectivas composições de abordagens que resultam na percepção humana de conforto segundo a ANVISA.



Fonte: ANVISA, 2014.

A partir desses parâmetros, o manual se subdivide nas seguintes categorias de conforto: sustentabilidade, conforto higrotérmico, conforto acústico, conforto visual, conforto ergonômico e conforto olfativo, que serão detalhadas nos subtópicos a seguir.

5.1 Sustentabilidade

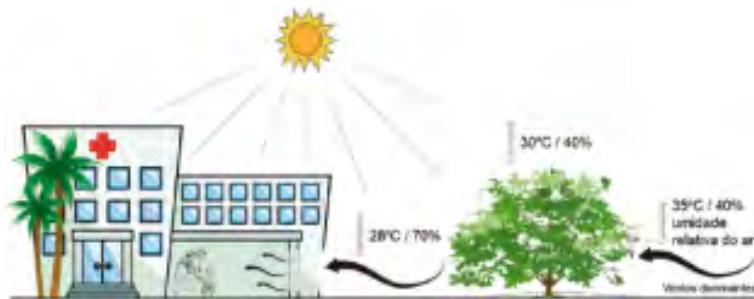
A sustentabilidade é tratada no Manual de Conforto Ambiental da ANVISA como uma diretriz essencial para a qualificação dos espaços, integrando aspectos ambientais, sociais e funcionais ao processo projetual. Este subtópico tem por objetivo apresentar como o desenvolvimento sustentável pode ser incorporado de maneira estratégica nas edificações hospitalares.

Segundo a ANVISA (2014), as necessidades de conforto humano não podem ser resolvidas apenas com a sofisticação da tecnologia dos equipamentos, deve-se considerar prioritariamente a aplicação de políticas de desenvolvimento sustentável que privilegiam as condições naturais que cada região e ambiente oferece.

No contexto das estratégias sustentáveis aplicáveis à arquitetura hospitalar, o Manual de Conforto Ambiental em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (ANVISA, 2014) destaca uma série de soluções projetuais com potencial de promover eficiência energética, conforto térmico e adequação ambiental. Entre elas, estão: a ventilação natural como recurso para a regulação da temperatura dos ambientes internos; o uso de energia solar para aquecimento de água e fornecimento elétrico; a aplicação de telhados verdes, que ajudam na atenuação do calor em ambientes internos; e a utilização de dispositivos como brises-soleil para o controle da radiação solar direta.

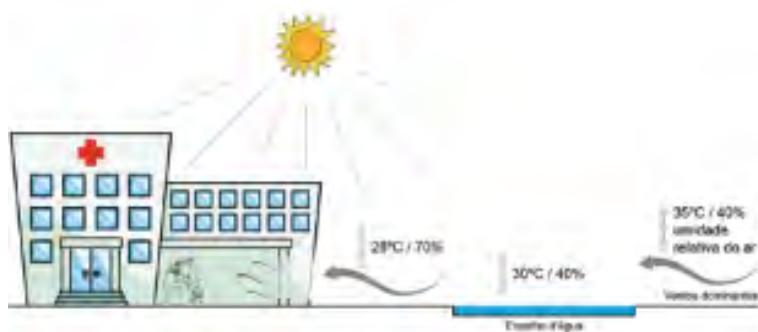
Além disso, o manual sugere o uso de estratégias paisagísticas — como vegetação arbustiva em fachadas ensolaradas (**Figura 30**) e espelhos d'água em climas quentes e secos (**Figura 31**) —, que contribuem para o conforto acústico e térmico. No entanto, o manual ressalta que esses elementos devem ser planejados com precaução para evitar a proliferação de vetores, como mosquitos, especialmente em áreas com acúmulo de água.

Figura 30 — Soluções paisagísticas para redução de temperatura no entorno das edificações.



Fonte: ANVISA, 2014.

Figura 31 — Soluções de umidificação para redução de temperatura no entorno das edificações



Fonte: ANVISA, 2014.

Del Nord (2006, apud ANVISA, 2014) reforça a importância do paisagismo para o conforto do usuário em ambientes de saúde. O autor destaca que os espaços verdes devem fornecer ao paciente um suporte psicológico que lhe permita adequar-se ao ambiente, enfrentar o estresse proveniente do adoecimento, encarar a depressão e a ausência de estímulos (**Figuras 32 e 33**).

Figura 32 — O paisagismo como experiência ativa,²⁴ Hospital Rede Sarah do arquiteto Lelé, Rio de Janeiro, 2012.



Fonte: REDE SARAH DE HOSPITAIS, 2012.

²⁴Segundo Ulrich (2002 apud ANVISA, 2014), o termo se refere à reabilitação física, ao lazer e à aprendizagem provenientes de soluções paisagísticas.

Figura 33 — Corredor de Circulação entre as duas alas do Centro Psiquiátrico de Friedrichshafen integrado com os espaços verdes, Alemanha, 2011.



Fonte: Cibrão, 2019.

A exposição à curto prazo, à natureza, pode diminuir os níveis de estresse, pressão arterial, ansiedade e tensão muscular, assim como à exposição de longo prazo pode ajudar no sistema imunológico, diminui o risco de doenças crônicas, como obesidade e diabetes e melhora o desempenho cognitivo (Paiva; Jedon, 2019), e são capazes de estimular a memória (Cho; Kim, 2018).

5.2 Conforto Higrotérmico

O conforto higrotérmico refere-se à sensação de bem-estar térmica do corpo humano em ambientes internos, considerando simultaneamente a temperatura e a umidade relativa do ar. De acordo com a Norma de Desempenho Térmico de Edificações (ABNT, 2005 *apud* ANVISA, 2014), o conforto é compreendido como a condição de satisfação psicofisiológica do indivíduo em relação às condições térmicas do ambiente.

O manual da ANVISA (2014) propõe esse conceito para abranger não apenas o calor, mas também a umidade como variável essencial, influenciando diretamente o equilíbrio térmico do organismo. Barroso-Krause (2004 *apud* ANVISA 2014), determinam que a condição ideal é atingida quando o corpo não necessita acionar seus mecanismos termorreguladores para manter a temperatura interna estável.

Segundo o manual, os principais fatores que determinam o conforto higrotérmico são classificados em fatores ambientais e fatores pessoais. Os fatores ambientais abrangem a temperatura do ar, a umidade relativa, a temperatura radiante e a velocidade do ar. Já os fatores pessoais referem-se ao calor metabólico gerado pelo corpo e às características do vestuário, que influenciam diretamente a troca de calor com o ambiente.

Alterações nestas variáveis podem impactar significativamente tanto a saúde física quanto o estado psicológico dos usuários (**Quadro 2**), sendo fundamentais no projeto de espaços de saúde. A normatização recomenda que a umidade relativa do ar esteja entre 40% e 60%, com atenção especial às variações climáticas regionais.

Quadro 2 — Percepção e efeitos adversos sobre os desvios de temperatura ambiental

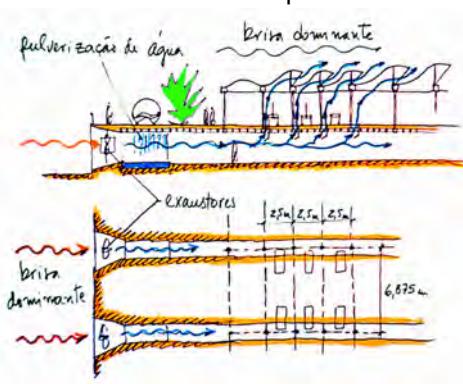
TEMPERATURA	PERCEPÇÃO	EFEITOS FISIOLÓGICOS E PSICOLÓGICOS
35-40 °C	5. Limite máximo de temperatura confortável.	-
	4. Queda de produção para trabalhos pesados, perturbações do equilíbrio eletrolítico, perturbações do coração e da circulação, forte fadiga e ameaça de esgotamento.	Perturbações fisiológicas
	3. Aumento das falhas de trabalho, queda da produção para trabalhos de destreza, aumento de acidentes.	Perturbações psicológicas e fisiológicas
	2. Desconforto – irritabilidade aumentada, falta de concentração, queda da capacidade para trabalhos mentais.	Perturbações psíquicas
20 °C	1. Temperatura confortável.	Capacidade de produção total

Fonte: ANVISA, 2014.

Como estratégia de mitigação térmica, o manual recomenda a adoção de recursos paisagísticos e elementos arquitetônicos, como espelhos d'água, fontes e áreas verdes, com o objetivo de aliviar as condições térmicas das áreas periféricas aos ambientes de saúde (**Figuras 34 e 35**).

Figura 34 à esquerda — Sistema de conforto higrotérmico com ventilação e aeração para o Hospital Rede Sarah do arquiteto Lelé, Rio de Janeiro.

Figura 35 à direita — Croqui do sistema de conforto desenhado por Lelé.



Fonte: ANVISA, 2014.

5.3 Conforto Acústico

O conforto acústico em ambientes de saúde refere-se à adequação dos níveis sonoros para que não causem incômodos aos usuários e não interfiram na realização das atividades assistenciais. Uma conceituação mais convencional, segundo diversos autores, define o ruído como um “som indesejável” ou “som desagradável” (Iida, 2005; Grandjean, 1998; Domenèch, 2002; Bernasconi, 2001; Souza, 2003; Nord, 2007).

A presença excessiva do ruído pode gerar estresse, dificultar a recuperação dos pacientes e comprometer a concentração dos profissionais de saúde. Para a enfermeira anglo-italiana Florence Nightingale (*apud* Hosking, 1999, p. 163), o ruído desnecessário é a mais cruel ausência de cuidado.

De acordo com a ANVISA (2014), os ruídos em ambientes de saúde podem ser classificados como aéreos, quando se propagam pelo ar, ou estruturais, quando são transmitidos por elementos da construção, como paredes, pisos e tubulações. A identificação da origem desses ruídos é fundamental para a adoção de soluções projetuais adequadas, que minimizem seus impactos no ambiente assistencial.

A inadequação acústica, além de afetar a comunicação, interfere na precisão de diagnósticos e procedimentos clínicos. Por isso, a aplicação de revestimentos absorventes (**Figura 36**), a separação de áreas ruidosas, o uso de materiais de baixo impacto sonoro, e o controle sobre fontes sonoras são estratégias recomendadas pelo manual.

Figura 36 — Revestimentos de pisos que podem facilitar a circulação, reduzir ruídos e promover o deslocamento confortavelmente



Fonte: ANVISA, 2014.

A música também pode ser aplicada como ferramenta terapêutica, Hosking e Carpman (*apud* ANVISA, 2014) recomendam a utilização da música como “audioanalgésico”, sobretudo como auxílio para o necessário relaxamento durante procedimentos médicos e odontológicos

Carpman (*apud* ANVISA, 2014) observou os efeitos da música sobre a redução do nível de ansiedade de familiares e visitantes em áreas de espera para centros cirúrgicos e centros de terapia intensiva. Da mesma forma, “indicam efeitos positivos da música em crianças hospitalizadas, pacientes com queimaduras e mulheres durante o trabalho de parto” (CARPMAN, 1993, *apud* ANVISA, 2014).

Ainda, recomenda-se a adoção de soluções tecnológicas e comportamentais, como o uso de alarmes visuais, manutenção preventiva de equipamentos barulhentos, e campanhas educativas para o controle do ruído em áreas críticas.

5.4 Conforto Visual: Iluminação e cores

O conforto visual em ambientes assistenciais de saúde é um fator essencial para garantir não apenas a eficiência funcional, mas também a qualidade do acolhimento e o bem-estar psicológico dos usuários. Segundo a ANVISA (2014), esse tipo de conforto está diretamente relacionado à adequação dos níveis de iluminação natural e artificial, bem como ao uso consciente das cores no ambiente construído.

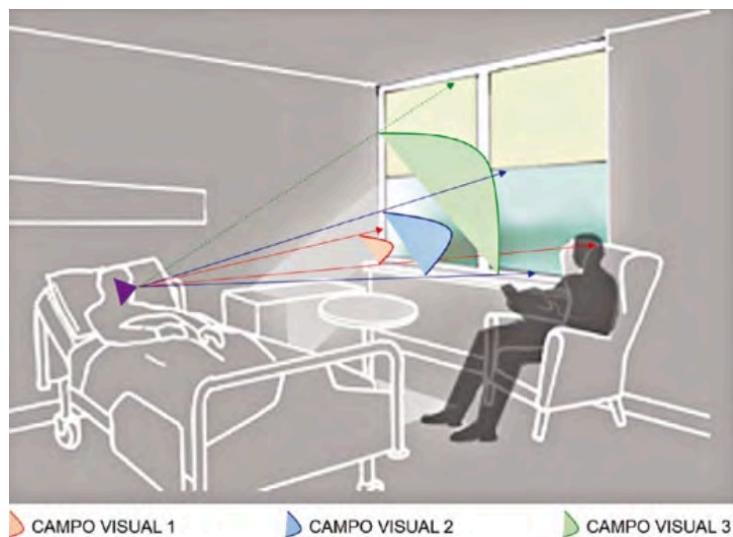
De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 2013), a iluminação em ambientes de saúde deve ser projetada de modo a favorecer a realização das tarefas visuais, a segurança dos usuários e o equilíbrio fisiológico dos profissionais submetidos a longas jornadas, respeitando os limites de luminância e evitando o ofuscamento. A combinação entre luz natural e artificial é fortemente recomendada, promovendo economia de energia e reforçando os ritmos biológicos humanos ou ritmos circadianos²⁵, conforme salientado por Heschong (2003).

Além disso, a direcionalidade da luz é um recurso projetual importante para valorizar superfícies, texturas e pontos focais, auxiliando na orientação espacial. O manual enfatiza que a presença de janelas com vista externa contribui

²⁵ O organismo humano funciona com características específicas e compatibilizadas, com um “relógio” biológico que define as atividades internas conforme as oscilações das 24 horas do dia. Essas oscilações fazem parte do funcionamento fisiológico em um processo denominado ritmo circadiano, decorrente do ciclo circadiano (ANVISA, 2014).

significativamente para o conforto psicológico (**Figura 37**), especialmente em áreas de espera e repouso (ANVISA, 2014, p. 70–73).

Figura 37 — Percepções de campos visuais para o ambiente exterior a partir do paciente no leito



Fonte: ANVISA, 2014.

O uso estratégico das cores também é considerado uma ferramenta fundamental. Tons neutros e claros tendem a criar ambientes mais tranquilos, enquanto cores vibrantes podem ser utilizadas com moderação para estimular ou demarcar zonas específicas. Conforme Gifford (2007), as cores têm influência comprovada sobre o estado emocional dos indivíduos, podendo atuar como estímulo terapêutico ou fonte de estresse, dependendo do contexto.

Portanto, o conforto visual não deve ser tratado apenas como uma questão técnica, mas como uma dimensão sensível da experiência arquitetônica, fundamental para a humanização do cuidado em saúde mental. De acordo com a ABNT (2013) e a ANVISA (2014), a iluminação adequada é essencial para garantir a segurança, a eficiência das tarefas visuais e o bem-estar dos usuários, prevenindo a fadiga ocular e contribuindo para uma ambência humanizada.

5.5 Conforto Ergonômico

O conforto ergonômico em ambientes assistenciais de saúde refere-se à adaptação dos espaços físicos e mobiliários às características fisiológicas, biomecânicas e cognitivas dos usuários — sejam pacientes, acompanhantes ou profissionais (**Figura 38**). Conforme a ANVISA (2014), essa dimensão do conforto

deve orientar o planejamento arquitetônico para garantir segurança, funcionalidade e bem-estar, além de contribuir para a prevenção de lesões ocupacionais e a melhoria da qualidade da assistência.

Figura 38 — Sistema de transporte de paciente (sliding guide) que permite a circulação pelos diversos ambientes da área de internação gerando menos esforço do paciente e do profissional.



Fonte: ANVISA, 2014.

A ergonomia aplicada à arquitetura hospitalar busca minimizar esforços excessivos, evitar posturas inadequadas e prevenir riscos de acidentes, além de favorecer a fluidez das atividades de assistência. Isso se dá através de medidas como: a adequação do mobiliário às posturas adotadas nos ambientes (sentado, em pé ou deitado), largura e nivelamento de corredores, acessibilidade universal, fácil alcance de equipamentos, e sinalização clara e visível (**Figuras 39, 40 e 41**).

Figura 39 — Recomendações de alturas em relação a monitores.

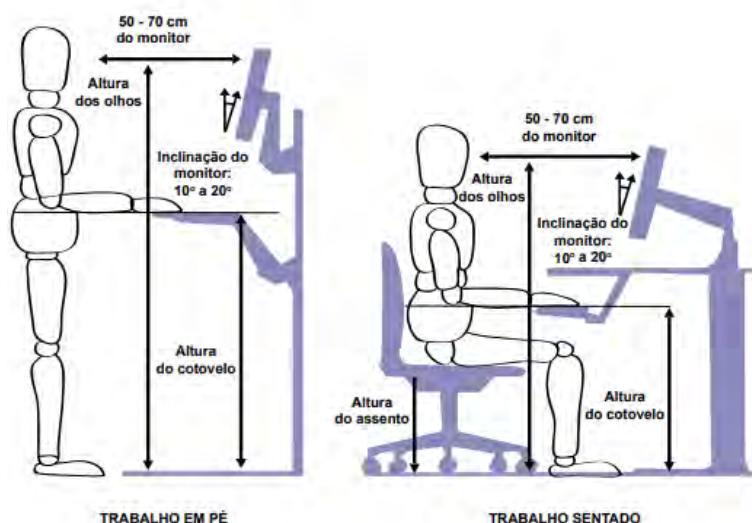


Figura 40 — Eixo de excelência desenvolvido pelo pesquisador Henri Dreyfus.²⁶



Figura 41 — Sinalização vertical para a Clínica Vera Cruz, São Paulo-SP.



Fonte: ANVISA, 2014.

Além disso, o manual enfatiza a importância da ergonomia organizacional e da consideração dos ritmos biológicos e de trabalho dos profissionais, propondo soluções que respeitem os ciclos circadianos, reduzam a fadiga e aumentem a concentração (ANVISA, 2014, p. 76–78).

Dul e Weerdmeester (2004) ressaltam que o ambiente de trabalho deve se adaptar ao ser humano — e não o contrário —, e que espaços ergonomicamente inadequados geram impactos diretos na saúde física e mental dos ocupantes. Já Grandjean (1998) reforça que a ergonomia deve integrar-se desde as fases iniciais do projeto arquitetônico, para garantir eficiência, conforto e qualidade no uso.

Dessa forma, o envolvimento de ergonomistas no desenvolvimento e adaptação dos espaços é recomendado como prática estratégica para a melhoria

²⁶ Estudo elaborado por H. dreyfus em Human Scale, que é uma faixa situada entre 0,80 m do chão e 1,10 m de altura e que atende à acessibilidade para indivíduos sentados ou em pé de diversas faixas de idade e alturas

contínua da qualidade assistencial e deve ser tratado como componente estruturante dos espaços assistenciais de saúde.

5.6 Conforto Olfativo

O conforto olfativo refere-se à percepção sensorial dos odores no ambiente construído e à sua influência no bem-estar físico, emocional e psicológico dos indivíduos. No contexto hospitalar, odores podem despertar reações fisiológicas imediatas — como náuseas, irritações e dores de cabeça — ou atuar como elementos sensoriais positivos, associados à memória, ao acolhimento e à segurança emocional (Ackerman, 1991).

Segundo a ANVISA (2014), é fundamental considerar os odores como parte do planejamento arquitetônico, dado seu impacto direto na qualidade do ambiente percebido. Os odores indesejáveis podem ser originados por resíduos, produtos químicos, materiais de limpeza, medicamentos ou processos de esterilização. Para lidar com isso, recomenda-se a adoção de estratégias de ventilação natural e mecânica, materiais que não retenham odores, e o isolamento físico de áreas geradoras de odores intensos.

Além disso, a utilização de elementos naturais, como jardins internos ou essências suaves de origem vegetal, pode contribuir para criar uma ambiência acolhedora e terapêutica. Ackerman (1991) explica que os odores têm a capacidade de evocar lembranças e afetos de forma instantânea e profunda, constituindo uma poderosa ferramenta para promover sensações de pertencimento, familiaridade e bem-estar nos ambientes de saúde.

Portanto, o conforto olfativo é um recurso sensorial estratégico que deve ser contemplado no projeto arquitetônico como forma de potencializar a humanização do cuidado e a experiência sensorial dos usuários.

6. AVALIAÇÃO ARQUITETÔNICA DO CAPS AD LUIZ CERQUEIRA

Após a revisão da evolução dos espaços destinados ao tratamento mental, dos conceitos da fenomenologia aplicada à arquitetura e das normativas de conforto ambiental propostas pela ANVISA, este capítulo tem como objetivo analisar a situação atual da estrutura física do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Pernambuco, enquanto modelo assistencial substitutivo ao manicômio.

A análise busca identificar em que medida a tipologia arquitetônica adotada atende aos princípios de humanização que se contrapõem ao modelo manicomial. Esses princípios reforçam a lógica da atenção psicossocial territorializada, pautada na convivência, autonomia e cidadania, conforme discutido nos capítulos anteriores.

Para este fim, foram realizadas visitas técnicas *in loco* ao CAPS AD Luiz Cerqueira situado no município de Recife – PE, cuja análise será apresentada a seguir.

6.1 Contextualização da Unidade

Localizado no bairro de Santo Amaro, em Recife–PE, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Luiz Cerqueira (CAPS AD) é uma unidade de funcionamento ininterrupto, em regime de 24 horas. O equipamento é destinado ao acolhimento e à assistência psicossocial de adolescentes e jovens com idades entre 12 e 18 anos, em situação de sofrimento psíquico decorrente ou não do uso de álcool e outras drogas.

Historicamente, os CAPS foram implantados em edificações preexistentes de tipologia residencial, buscando promover uma atmosfera acolhedora e familiar em contraponto ao modelo hospitalar institucionalizado. No entanto, com o tempo, surgiram desafios espaciais e funcionais, visto que esses imóveis não haviam sido projetados para os usos intensivos e específicos exigidos por serviços de saúde mental. Como resposta a essas limitações, o Governo do Estado de Pernambuco, por meio do Programa Recife Cuida, iniciou um processo de requalificação e padronização de algumas unidades, adequando as instalações físicas aos critérios de segurança, conforto ambiental e funcionalidade preconizados por normas técnicas e diretrizes de humanização.

A fachada do CAPS AD Luiz Cerqueira exemplifica essa transformação. Antes da intervenção, o edifício apresentava uma estética tipicamente residencial,

com elementos visuais e volumetrias simples, conformando uma imagem mais habitacional (**Figura 42**).

Figura 42 — Fachada principal do CAPS AD Luiz Cerqueira antes da requalificação realizada em 2024.



Fonte: Google MAPS, 2022.

Após a requalificação realizada em julho de 2024, o equipamento passou a adotar uma tipologia formal mais próxima dos equipamentos de saúde convencionais, com uso de pastilhas cerâmicas azuis e brancas²⁷, composição volumétrica racionalizada e horizontalizada (**Foto 1 e 2**). A alteração visual reforça a identificação institucional e melhora a legibilidade urbana do serviço, embora também suscite debates sobre o equilíbrio entre acolhimento afetivo e padronização funcional.

Foto à esquerda 1 — Fachada principal do CAPS AD Luiz Cerqueira.
Foto à direita 2 — Acesso principal do CAPS AD Luiz Cerqueira.



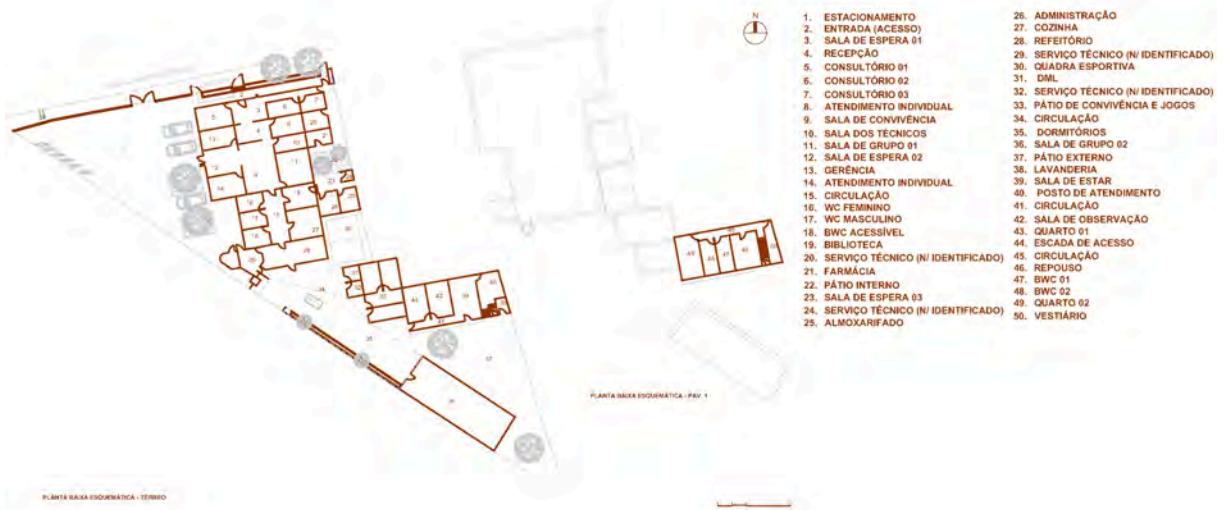
Fonte: Acervo da autora, 2024.

²⁷ As cores azul e branco fazem parte da nova padronização da prefeitura do Recife para distinguir equipamentos assistenciais de saúde — já sendo posto em prática nas requalificações.

6.2 Programa arquitetônico

A unidade contempla seis leitos de retaguarda para internações breves, o que a caracteriza como um CAPS do tipo III. Conta ainda com ambientes de convivência, farmácia própria para dispensação de medicamentos específicos e espaços terapêuticos conduzidos por uma equipe interdisciplinar composta por psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e técnicos de enfermagem. A seguir, apresenta-se a planta baixa esquemática elaborada com base na visita técnica, que apresenta a disposição dos ambientes internos e externos da edificação (**Figura 43**).

Figura 43²⁸ — Planta esquemática do CAPS AD Luiz Cerqueira e os seus respectivos ambientes²⁹.



Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

6.3 Avaliação dos espaços

A partir da disposição dos ambientes, identificada durante a visita técnica, foi realizada uma proposta de setorização dos ambientes da unidade, com o objetivo de sistematizar e facilitar a análise arquitetônica subsequente. Essa organização considera os usos, agrupando os espaços por similaridade de função — como áreas de convivência, técnico-assistencial, descanso e acolhimento, técnico de serviços e circulações (**Figura 44**).

²⁸ Ver apêndice A p. 97.

²⁹ Nem todos os ambientes foram acessados pela autora, a planta condiz apenas com o que foi possível verificar na visita.

Figura 44³⁰ — Planta esquemática setorizada do CAPS AD Luiz Cerqueira.



Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

A. Espaços de convivência e socialização

Os espaços de convivência e socialização compreendem a maior área do CAPS AD Luiz Cerqueira e têm o intuito de promover a interação entre os usuários e a equipe interdisciplinar. Foi identificado os seguintes ambientes como pertencentes a esse grupo: salas de grupos, sala de convivência, biblioteca, refeitório, quadra esportiva e pátios externos.

A princípio serão analisados os ambientes internos dos espaços de convivência, sendo eles, biblioteca, salas de grupo, sala de convivência e refeitório. Uma vez que, estes ambientes apresentam características arquitetônicas semelhantes, como por exemplo, a predominância de tons neutros nos mobiliários, paredes e pisos.

A primeira imagem (**Foto 3**) revela a padronização do espaço através das cores neutras, iluminação predominantemente artificial, poucas aberturas para a área externa e elementos decorativos pontuais — que buscam amenizar a rigidez visual. Na segunda imagem (**Foto 4**), observa-se a uniformidade dos materiais de acabamento com predomínio de tons claros e mobiliário em azul, reforçando a padronização entre os ambientes.

³⁰ Ver apêndice B p. 98.

Foto 3 à esquerda — Acesso lateral do refeitório com frase "Alimente-se de amor".

Foto 4 à direita — Entrada da sala de grupo 01 com frase "Sentimento coletivo".

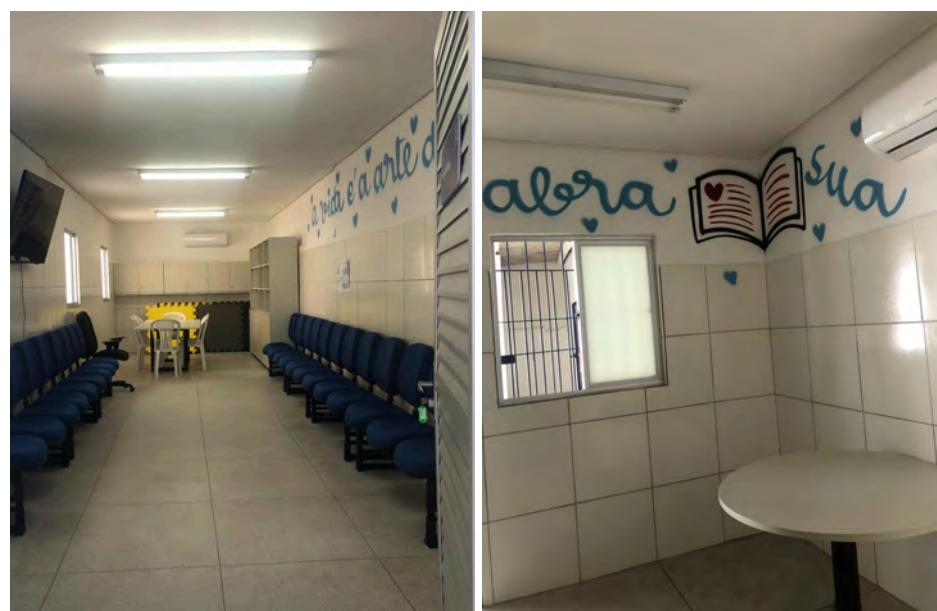


Fonte: Acervo da autora, 2024.

A iluminação artificial branca e homogênea predomina em todos os ambientes, enquanto a entrada de luz natural é limitada. Na sala de grupo 02 (**Foto 5**), de maior dimensão e localizada junto ao pátio externo, bem como na biblioteca (**Foto 6**), também voltada para um dos pátios, constata-se a ausência de interação visual entre os espaços.

Foto 5 à esquerda — Sala de grupo 02 com incidência intensa de iluminação artificial branca e baixa penetração de luz natural.

Foto 6 à direita — Área de leitura da biblioteca, com destaque para a esquadria.



Fonte: Acervo da autora, 2024.

Essa limitação decorre da escassez de amplas aberturas nos espaços internos — especialmente no refeitório e na sala de grupo 2 (**Foto 3**), que possuem maior área e, ainda assim, pouca conexão com os ambientes ao redor. Além disso, há a aplicação de películas foscas nos vidros de todas as esquadrias, reduzem a transparência e restringem a visualização do exterior e a passagem da luz natural.

A frieza dos ambientes, marcada pelas cores padronizadas e enfatizada pelo revestimento cerâmico obrigatório a 1,50m, possui como meio de suavização e ambiência as grafittagens com mensagens positivas e os cartazes com produções dos próprios usuários de forma a contribuir para a humanização nestes espaços (**Foto 7 e 8**).

Foto 7 à esquerda — Sala de grupo 01 com mobiliário neutro e azul, frases motivacionais coloridas e trabalhos dos pacientes nas paredes.

Foto 8 à direita — Paredes da sala de convivência com frases e trabalhos dos pacientes.



Fonte: Acervo da autora, 2024.

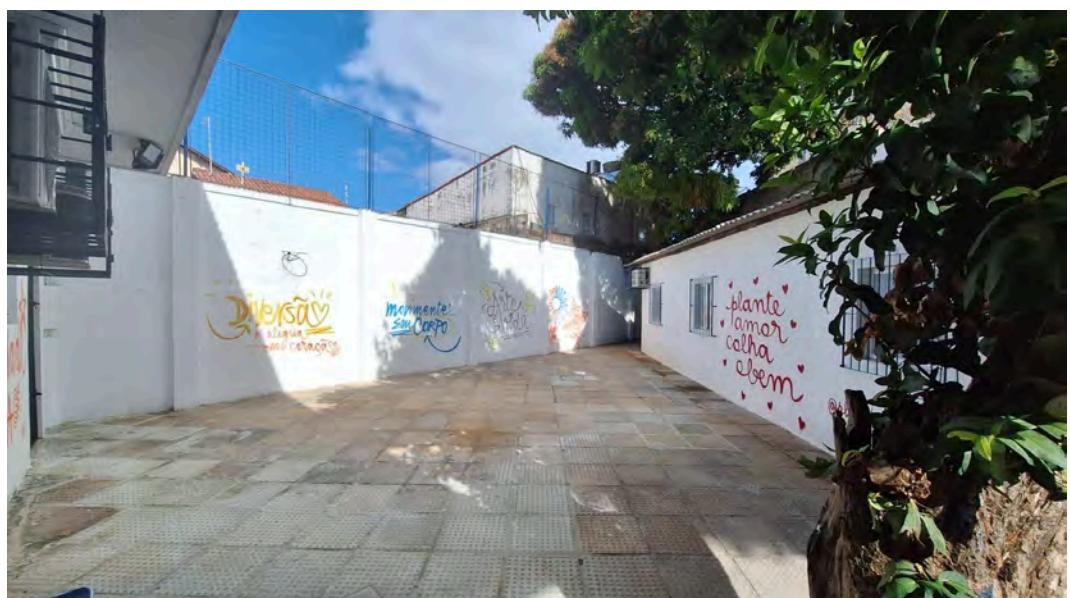
Os ambientes externos de convivência do CAPS AD Luiz Cerqueira são compostos por três espaços: o pátio externo, o pátio de convivência e jogos, e a quadra esportiva. Esses ambientes exercem um papel importante na promoção da convivência e do bem-estar dos usuários, funcionando como áreas de descompressão e interação ao ar livre, além de conectar os blocos de serviço com os dormitórios.

Os pátios externos, pavimentados com placas de concreto texturizado e distribuídos entre os blocos da edificação, funcionam como áreas de circulação e permanência. Apesar de garantir acessibilidade, evidenciada por

rampas e pisos regulares, esses espaços carecem de mobiliários de descanso e interação, sombreamento natural e espaços verdes.

Na **Foto 9**, observa-se que, apesar de ser o espaço mais amplo do CAPS — com certa presença de área verde e elementos visuais humanizadores, como frases nas paredes —, o ambiente apresenta limitações importantes quanto ao seu potencial de uso. O piso em placas de concreto, o excesso de grades e a ausência de mobiliário reduzem as possibilidades de permanência e convivência, comprometendo a apropriação plena do espaço pelos usuários.

Foto 9 — Vista do pátio com intervenções artísticas e sombreamento parcial de árvores.



Fonte: Acervo da autora, 2024.

Essa configuração espacial contribui para uma ambência funcional, mas também institucional e pouco acolhedora. No qual, a presença de árvores isoladas, um pequeno canteiro na circulação entre os dois pátios (**Foto 10**), e os grafismos coloridos nas paredes (**Foto 11**), são os únicos meios de humanização obtidos para suavizar esse cenário.

Foto 10 — Circulação entre os pátios externos coberto por toldo azul translúcido com pequeno canteiro na lateral contendo duas árvores.



Foto 11 — Vista do pátio para a fachada lateral da sala de grupo 02 com intervenção artística e vegetação arbustiva isolada.



Fonte: Acervo da autora, 2024.

O espaço de jogos, situado em área parcialmente coberta por toldo em policarbonato azul, abriga uma mesa de pebolim e assentos móveis improvisados. A cobertura translúcida oferece proteção solar, mas também compromete o conforto térmico. O mobiliário é escasso, mas a sua localização próxima aos acessos principais favorece a apropriação espontânea do espaço pelos usuários (**Foto 12 e 13**).

Foto 12 à esquerda — Vista frontal da área de jogos localizada sob cobertura translúcida em policarbonato azul, contendo mesa de pebolim.

Foto 13 à direita — Vista posterior da área de jogos localizada sob cobertura translúcida em policarbonato azul, contendo mesa de pebolim.



Fonte: Acervo da autora, 2024.

A quadra esportiva constitui o espaço mais dinâmico da área externa. Seu piso é pintado e demarcado, adequado para práticas esportivas e eventos (**Foto 14**).

Foto 14 — Vista lateral da quadra esportiva com demarcação de área de jogo e pintura artística nas paredes.³¹



Fonte: Acervo da autora, 2024.

³¹ O grafismo reafirma o vínculo territorial e identitário dos pacientes.

As paredes laterais da quadra foram grafitadas com mensagens de pertencimento, identidade e valorização da juventude — como a frase “Aqui é minha quebrada” — revelando um esforço de ressignificação simbólica do espaço (**Foto 15**).

Foto 15 — Vista frontal da quadra esportiva com demarcação de área de jogo e pintura artística nas paredes.



Fonte: Acervo da autora, 2024.

B) Ambientes Técnico-Assistenciais

Este setor concentra os espaços destinados ao cuidado clínico individualizado e à supervisão contínua dos usuários. Os ambientes identificados nesta categoria incluem os consultórios, as salas de atendimento individual, o posto de enfermagem e a sala de observação.

Tais espaços apresentam características arquitetônicas padronizadas, com revestimentos cerâmicos obrigatórios até 1,50m de altura, paredes e mobiliário em tons neutros e azuis, iluminação artificial branca homogênea e climatização por ar-condicionado, resultando em uma ambiência funcional e técnica (**Foto 16 e 17**)

Foto 16 à esquerda — Sala de observação equipada com leito clínico e iluminação branca artificial homogênea.

Foto 17 à direita — Posto de enfermagem com mobiliário técnico básico.



Fonte: Acervo da autora, 2024.

A sala de observação, por exemplo, é equipada com leito hospitalar e mobiliário mínimo, garantindo condições básicas para o acompanhamento clínico temporário (**Foto 18**), mas espacialmente hospitalizado. O posto de enfermagem, por sua vez, apresenta estrutura compacta voltada à prestação de cuidados imediatos, com acesso direto a equipamentos e insumos.

Foto 18 — Detalhe do mobiliário padronizado da sala de observação.



Fonte: Acervo da autora, 2024.

Os consultórios e salas de atendimento individual seguem a mesma lógica de ambiência controlada, voltada à privacidade e à confidencialidade das práticas terapêuticas (**Foto 19 e 20**). Ainda que coerentes com a normatização sanitária, tais espaços demonstram pouca personalização, revelando um ambiente mais voltado à funcionalidade do que à humanização.

Foto 19 à esquerda — Consultório com bancada, pia e mobiliário em padrão neutro, conforme exigências sanitárias.

Foto 20 à direita — Sala de atendimento individual com mesa redonda e ambientação formal.



Fonte: Acervo da autora, 2024.

C) Áreas de descanso

A ala destinada ao descanso e pernoite é composta por dormitórios, sala de estar e espaço de repouso para os profissionais de plantão. Trata-se de um setor funcionalmente importante, por concentrar áreas de permanência prolongada, que exigem qualidade ambiental diferenciada — sobretudo no que diz respeito à privacidade, conforto térmico e sensação de acolhimento.

Do ponto de vista arquitetônico, a repetição da paleta branca e azul nos acabamentos, mobiliários e sinalizações cria uma atmosfera padronizada e fria. Essa escolha cromática, embora associada à assepsia e à ordem, reforça uma linguagem visual institucional que distancia o ambiente da sensação de acolhimento, principalmente inseridas em locais de descanso (**Foto 21**).

Foto 21 — Dormitório com leito hospitalar padronizado, piso e paredes padronizados e iluminação branca intensa.



Fonte: Acervo da autora, 2024.

Nos dormitórios dos pacientes (**Foto 22 e 23**), observam-se leitos padronizados e disposição funcional dos móveis, sem elementos de personalização ou estratégias de conforto visual. A ambência é funcional, mas marcada por certo distanciamento afetivo, sem qualquer presença de elementos decorativos ou estímulos sensoriais positivos.

Foto 22 à esquerda — Vista do quarto com climatização, janela gradeada com película fosca e ausência de elementos decorativos.

Foto 23 à direita — Armários em compartimentos numerados no interior dos dormitórios dos pacientes.



Fonte: Acervo da autora, 2024.

A sala de estar comum (**Foto 24 e 25**), ainda que apresente tentativas de humanização por meio de frases motivacionais nas paredes e o uso de um mobiliário mais informal, como sofá e bebedouro, demonstra manutenção precária e pouco apelo em conforto ambiental. E novamente se destaca a pouca interação visual com o pátio externo através de aberturas.

Foto 24 à esquerda — Vista da sala de estar com sofá antigo e parede com frase motivacional.

Foto 25 à direita — Sala de estar com piso frio e ambiente neutro.



Fonte: Acervo da autora, 2024.

O ambiente de repouso dos funcionários (**Foto 26 e 27**), composto por camas simples e mobiliário mínimo, repete o mesmo padrão de neutralidade estética e pouca troca com o ambiente externo.

Foto 26 — Vista frontal da sala de repouso dos funcionários.



Foto 27 — Sala de repouso dos funcionários com beliche e padrão visual similar ao dos pacientes.



Fonte: Acervo da autora, 2024.

Externamente, a fachada do bloco dos dormitórios mantém a lógica da contenção e segurança, devido a localização geográfica do CAPS (**Foto 28**).

Foto 28 — Fachada externa do bloco dos dormitórios, com grades azuis em todas as aberturas e pintura branca nas paredes.



Fonte: Acervo da autora, 2024.

As janelas e aparelhos de ar-condicionado são protegidos por grades metálicas robustas, que, embora garantam proteção, aliadas à escala e à ausência de vegetação ou sombreamento adequado, evocam simbolicamente a lógica do enclausuramento. A inscrição “liberdade é vida” pintada sobre o

muro externo entra em confronto direto com a materialidade simbólica dos gradis, a escala arquitetônica do bloco, muros e cercas, e da rigidez visual do entorno.

D) Áreas técnicas e de serviço

Este setor abriga os espaços administrativos e operacionais que garantem o funcionamento institucional do CAPS AD Luiz Cerqueira. Estão distribuídas salas como recepção e espera, sala dos técnicos, gerência, administração, cozinha, lavanderia, depósito de material de limpeza (DML), vestiários e banheiros, além de áreas de serviço técnico restritas, que não foram acessadas durante a visita.

Assim como em outros setores da unidade, predomina a padronização espacial marcada pelo uso de revestimentos cerâmicos brancos nas paredes até 1,50 m e o piso granilite. Os tons frios — branco e azul institucional — se repetem nas demarcações das portas e nos detalhes dos ambientes.

Um desses espaços administrativos que foi possível a captura de imagens, foi a sala de gerência (**Foto 29**) que não se difere da configuração espacial do restante, equipada com mobiliário básico e iluminação artificial fria, sem elementos de humanização ou estímulos visuais.

Foto 29 — Sala da gerência padronizada.



A cozinha (**Foto 30**), segue a mesma estética padronizada e sem adornos, com layout simples e sem contato visual direto com o refeitório.

Foto 30 — Cozinha com equipamentos e ambiência padronizada.



Fonte: Acervo da autora, 2024.

A área externa que dá acesso à farmácia, administração, almoxarifado e uma sala de serviço técnico não identificada (**Foto 31**) também está cercada por grades, e com paredes e mobiliários padronizados.

Foto 31 — Vista externa do bloco técnico com porta da farmácia voltada para pátio interno.



Fonte: Acervo da autora, 2024.

A presença do jardim traz um conforto visual e sensorial, embora não se tenha uma ambiência que proporcione o seu uso (**Foto 32**).

Foto 32 à direita — Vista dos ambientes, biblioteca, administração, almoxarifado e serviço técnico, voltados para pátio interno.



Fonte: Acervo da autora, 2024.

Por fim, os banheiros (**Foto 33 e 34**), embora funcionais, evidenciam falta de manutenção — especialmente nos revestimentos e limpeza —, o que contrasta com a intenção normativa de higiene e acessibilidade que esses espaços deveriam atender

Foto 33 à esquerda — Banheiro acessível com acabamento cerâmico.

Foto 34 à direita — Banheiro padrão com janela gradeada.



Fonte: Acervo da autora, 2024.

E) Circulações

As circulações compreende os corredores internos e escadas que interligam os diversos setores do equipamento. Sua configuração reflete a lógica funcional do edifício, mas também expressa elementos simbólicos que influenciam diretamente na experiência dos pacientes no espaço. Além da sua importância simbólica, pois como visto nos capítulos anteriores, historicamente os manicômios eram marcados por grandes corredores.

No modelo tipológico analisado, a circulação horizontal é marcada por corredores estreitos, revestidos com cerâmica, faixa de pintura branca acima e iluminação artificial branca (**Foto 35 e 36**). Essa combinação contribui para uma ambição asséptica, pouco acolhedora, reforçada ainda pelo predomínio das cores branca e azul, já criticadas anteriormente por reiterarem um padrão hospitalocêntrico.

Foto 35 à esquerda — Corredor de passagem entre a sala de convivência e os ambientes do refeitório, biblioteca, cozinha e banheiros

Foto 36 à direita — Corredor de acesso ao dormitório 01, à sala de observação e à escada de acesso ao pavimento superior

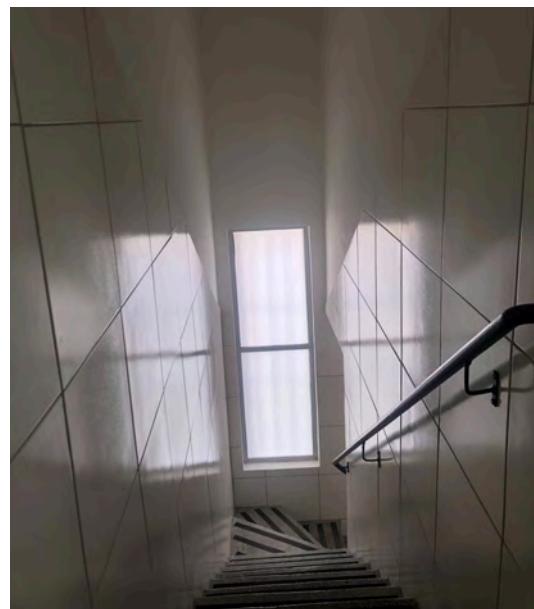


Fonte: Acervo da autora, 2024.

A circulação vertical, por sua vez, é composta por uma única escada em patamar reto e corrimão metálico, iluminada artificialmente e com incidência de luz natural ofuscada por meio de uma janela vertical com película fosca (**Foto 37**). Ainda que cumpra função técnica, a escada

apresenta caráter monótono, não oferecendo estímulos sensoriais ou indicações visuais claras de direção e destino.

Foto 37 — Escada de acesso ao pavimento superior, vista a partir do primeiro pavimento.



Fonte: Acervo da autora, 2024.

O pavimento superior mantém as mesmas características do térreo nas circulações: estreitamento dos corredores, uso de cerâmica clara e ausência de referências visuais diferenciadoras entre ambientes (**Foto 38**).

Foto 38 — Corredor do primeiro pavimento que dá acesso ao dormitório 02, sala de repouso, banheiros e vestiário.



Fonte: Acervo da autora, 2024.

A funcionalidade se sobrepõe à qualidade espacial, o que compromete a ambiência e pode gerar desconforto sensorial ou desorientação, especialmente em pacientes com quadros de vulnerabilidade psíquica. Contudo, a ausência de elementos de orientação visual, conforto ambiental ou referência humanizada nos corredores compromete o potencial de orientação espacial e de bem-estar dos pacientes.

6.4 Considerações da análise dos ambientes e recomendações arquitetônicas

A análise arquitetônica do CAPS AD Luiz Cerqueira permitiu observar avanços em relação à adaptação funcional e à organização espacial, resultado das recentes requalificações promovidas pelo Governo do Estado de Pernambuco. Entretanto, a investigação também revelou que a predominância de soluções padronizadas e uma linguagem estética voltada ao modelo hospitalocêntrico ainda limitam a humanização dos espaços.

Elementos como, a ausência de estratégias projetuais voltadas à sensorialidade, aliada ao uso predominante de esquadrias gradeadas destacadas em azul sobre paredes brancas, à escassez de iluminação natural, à padronização cromática e ao fechamento excessivo dos ambientes — que impede os usuários de acompanhar a passagem do tempo e se conectar com o entorno —, contribuem para uma ambiência pouco acolhedora. Ainda que os espaços cumpram suas funções técnicas e atendam à maioria das normativas sanitárias, faltam diretrizes arquitetônicas que potencializem o vínculo afetivo, o conforto emocional e a apropriação simbólica por parte dos pacientes.

A aplicação dos conceitos fenomenológicos torna-se de extrema importância para ressignificar estes espaços, ao valorizar a experiência sensorial, a percepção corporal e os vínculos afetivos com o ambiente. Essa abordagem é complementada pelas diretrizes da ANVISA, que estabelecem parâmetros técnicos voltados ao bem-estar físico e psicoemocional por meio da iluminação, acústica, temperatura, ergonomia e integração ambiental.

Como visto anteriormente no *capítulo 4*, esses conceitos fenomenológicos são postos em prática através de alguns artifícios arquitetônicos. Foi elaborado o seguinte quadro (**Quadro 3**) para sintetizar os principais vistos nesta pesquisa:

Quadro 3 — Estratégias fenomenológicas voltadas à qualificação dos espaços de cuidado a partir da ativação dos sistemas sensoriais.

SISTEMA SENSORIAL	CARACTERÍSTICAS	EXEMPLOS DE APLICAÇÕES
PALADAR-OLFATO	Promove a sociabilização, a conexão do indivíduo com o espaço, contribui para dar personalidade ao ambiente e estimula a memória afetiva através do uso da variação de aromas.	Inserção de hortas sensoriais, uso de difusores naturais de aroma e áreas de refeição integradas ao convívio.
HÁPTICO	Ativa a percepção tátil por meio de texturas, temperaturas e materiais, favorecendo vínculos afetivos e consciência corporal, além da materialidade voltada à conexão com a natureza.	Uso de pisos com variações de textura, materiais naturais (madeira, pedra, cerâmica) e associações térmicas através das cores
BÁSICO DE ORIENTAÇÃO	Relaciona-se ao equilíbrio, à gravidade e à percepção espacial. Favorece a sensação de estabilidade, segurança e orientação intuitiva no ambiente.	Criação de fluxos claros, mudanças de piso em transições de uso, elementos de referência.
AUDITIVO	Influencia a sensação de conforto e a percepção do ambiente. Sons harmônicos ou naturais contribuem para o relaxamento e a conexão com o espaço.	Fontes de água, controle acústico, isolamento de ruídos agressivos, percursos interativos, uso de sons ambientais em áreas específicas.
VISUAL	Principal meio de reconhecimento e orientação espacial. Têm como foco sensorial os efeitos da luz e sombra para criar atmosferas.	Uso de luz natural difusa, cromoterapia, variações de tonalidades e dureza das sombras da luz natural e artificial, visuais conectados à natureza.

Fonte: Elaborado pela a autora, 2025.

Em seguida, com base na análise geral dos ambientes do CAPS AD Luiz Cerqueira, no ítem 7.3, foram selecionados, no **Quadro 4** ambientes em que estas estratégias podem ser aplicadas e explicado quais as motivações da escolha:

Quadro 4 — Aplicação das estratégias fenomenológicas nos ambientes do CAPS AD Luiz Cerqueira.

SISTEMA SENSORIAL	AMBIENTE APPLICÁVEL	MOTIVAÇÃO	PROPOSTA
PALADAR-OLFATO	REFEITÓRIO	Na análise, constatou-se que se trata de um ambiente impessoal e padronizado. Com o olhar fenomenológico, identifica-se o potencial de transformar o momento da refeição em uma experiência afetiva e relacional.	Soluções simples de integração visual com áreas externas, introdução de aromas (por meio de difusores naturais) e reorganização de mobiliário e revestimentos para criar um ambiente mais convidativo.
	PÁTIO EXTERNO	O espaço apresenta potencial para favorecer vivências sensoriais ao ar livre, mas atualmente carece de mobiliário adequado e elementos que estimulem o paladar e o olfato.	A inclusão de hortas sensoriais, difusores naturais e espaços que possibilitem pequenas refeições em um lugar agradável, para fortalecer a relação do usuário com o ambiente e promover memórias afetivas.
	SALA DE GRUPO 02	Apesar de ser um ambiente de convivência, apresenta atmosfera neutra e pouco estimulante.	A integração da sala de grupo com o pátio externo e sua horta e difusores naturais aromáticos, para reforçar o vínculo entre os usuários e tornar a vivência mais sensível e integradora.
HÁPTICO	REFEITÓRIO	Apresenta revestimentos frios e uniformes, que limitam a percepção tátil e a sensação de acolhimento.	A introdução de texturas variadas, materiais naturais e superfícies quentes para favorecer vínculos afetivos e tornar o ambiente mais receptivo.
	PÁTIO EXTERNO	Apesar da amplitude, o espaço carece de estímulos táteis que envolvam o usuário.	A presença de diferentes pavimentos, mobiliário que transmitem aconchego e vegetação sensorial para intensificar a experiência corporal e a sensação de pertencimento.
	SALA DE GRUPO 02	O ambiente apresenta padronização de superfícies e mobiliário, dificultando a relação sensível com o espaço.	O uso de texturas em paredes, assentos acolchoados e revestimentos com diferentes acabamentos para enriquecer a experiência haptica.

VISUAL	REFEITÓRIO	A predominância de superfícies claras, aliada à ausência de vistões externas e luz natural, contribui para a monotonia visual.	Intervenções com cores quentes, elementos gráficos e conexão visual com áreas externas para tornar o espaço mais estimulante e acolhedor.
	PÁTIO EXTERNO	O espaço apresenta pouco estímulo visual, aberturas e fechamento que proponha o jogo de luz e sombra para dar ambiência.	A inserção de mobiliários e materiais que estimulem a apropriação do espaço pelo visual e a criação de mais área verde que reforcem a relação com a natureza, criem sombras e induzam à contemplação.
	SALA DE GRUPO 02	A sala é marcada por uma iluminação artificial uniforme e ausência de estímulos visuais.	A introdução de iluminação cênica, contrastes cromáticos e vistas direcionadas para o exterior pode enriquecer a experiência visual e melhorar a orientação espacial.

Fonte: Elaborado pela a autora, 2025.

A partir das análises realizadas, foram desenvolvidas ilustrações esquemáticas que traduzem graficamente a aplicação das estratégias fenomenológicas voltadas à humanização dos espaços do CAPS AD estudado. O objetivo é exemplificar como tais diretrizes podem ser adaptadas a diferentes tipologias de CAPS no estado de Pernambuco, reforçando a aplicabilidade prática dos conceitos discutidos ao longo deste trabalho.

Nesse sentido, a primeira proposta representa a intervenção no refeitório, atualmente fechado e frio (**Ilustração 1**).

Ilustração 1 — Ambiência atual do refeitório do CAPS AD Luiz Cerqueira.



Fonte: Elaborado pela a autora, 2025.

Enquanto a proposta ilustrada a seguir, reforça a humanização do espaço ao utilizar elementos que ativam os sistemas sensoriais (**Ilustração 2**).

Ilustração 2³² — Aplicação das estratégias fenomenológicas no refeitório do CAPS AD Luiz C.



Fonte: Elaborado pela a autora, 2025.

A vegetação interna estimula o **olfato** e estabelece uma relação simbólica com o tempo e o cuidado. Os materiais utilizados — como madeira, cerâmica e superfícies texturizadas — atendem ao sistema **háptico**. A presença do cobogó em cerâmica artesanal junto à entrada possibilita a passagem de luz e ventilação natural (**Ilustração 3**), criando um jogo de luz e sombra que ativa a percepção **visual** e estabelece atmosferas variáveis ao longo do dia, além uma transição entre ambientes sutil e sensível.

Ilustração 3³³ — Corte esquemático com indicação de ventilação cruzada na proposta do refeitório.³⁴



Fonte: Elaborado pela a autora, 2025.

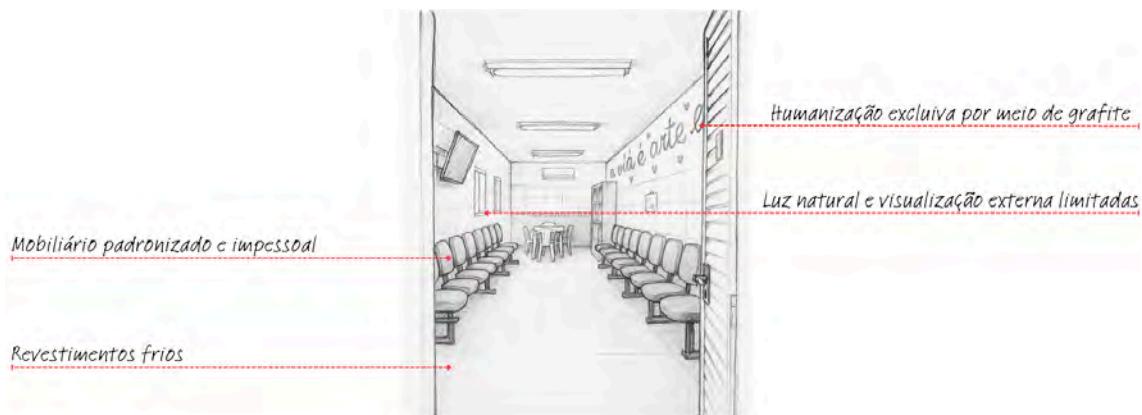
³² Ver apêndice C p. 99.

³³ Ver apêndice D p. 100.

³⁴ Representação gráfica da entrada de ar pelo cobogó e saída pela abertura *boca de lobo* do cobogó de vidro, demonstrando o funcionamento da ventilação cruzada, alinhada ao conforto ambiental do espaço.

O segundo ambiente a receber a intervenção fenomenológica foi a sala de grupo 2, visto o seu potencial de humanização: uma sala ampla com todo o seu entorno voltado ao pátio. Entretanto, a sala apresenta uma ambiência enclausurada, reduzida espacialmente a um longo vão com mínimas aberturas para contato externo e entrada de luz (**Ilustração 4**).

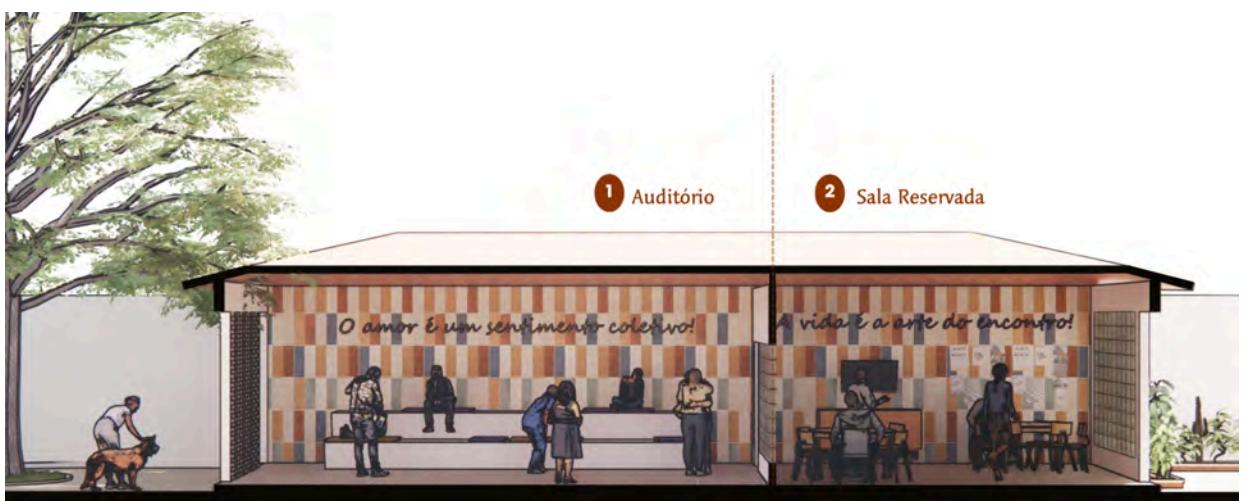
Ilustração 4 — Ambiência atual da sala de grupo 2 do CAPS AD Luiz Cerqueira.



Fonte: Elaborado pela a autora, 2025.

A proposta, portanto, envolveu uma das transformações mais significativas: a divisão do espaço em dois ambientes distintos (**Ilustração 5**).

Ilustração 5³⁵ — Requalificação fenomenológica da sala de grupo 2 do CAPS AD.



Fonte: Elaborado pela a autora, 2025.

O primeiro consiste em uma sala de grupo reservada, agora com amplas aberturas que favorecem a entrada de luz natural e o contato visual com áreas verdes dispostas junto às esquadrias (**Ilustração 6**).

³⁵ Ver apêndice E p. 101.

Ilustração 6³⁶ — Aplicação das estratégias fenomenológicas na sala de grupo 2 do CAPS AD.



Fonte: Elaborado pela a autora, 2025.

O sistema **visual** é valorizado pela entrada generosa de luz natural, pela transparência dos elementos em vidro e pela presença de vegetação, que amplia a percepção do entorno e estimula o vínculo com o tempo e o exterior. O uso de cores quentes e texturas variadas nas superfícies contribui para o conforto visual e rompe com a estética impessoal do modelo original.

No âmbito **háptico**, a substituição de materiais frios por revestimentos naturais, como madeira e cerâmica, permite maior variedade tátil, reforçando a sensação de acolhimento e familiaridade. O sistema **paladar–olfato** é sutilmente ativado pela inserção de plantas no espaço interno e externo, favorecendo a memória afetiva e a conexão com a natureza.

O segundo ambiente (**Ilustração 7**) configura-se como um auditório aberto, protegido da incidência solar por cobogós cerâmicos, e equipado com arquibancada, destinando-se a atividades coletivas, eventos e momentos de convivência ampliada.

³⁶ Ver apêndice F p. 102.

Ilustração 7³⁷ — Aplicação das estratégias fenomenológicas na sala de grupo 2 do CAPS AD.



Fonte: Elaborado pela a autora, 2025.

A requalificação fenomenológica do auditório transforma um ambiente fechado e impessoal em um espaço aberto e sensorialmente estimulante. O sistema visual é valorizado pela entrada de luz natural, pelo jogo de sombras dos cobogós e pelo uso de cores e texturas que aquecem a ambiência. O sistema háptico é ativado por materiais naturais e mobiliário integrador, que favorecem o toque e o conforto. A vegetação no entorno e a horta coletiva contribuem com estímulos do sistema paladar–olfato, promovendo conexão afetiva com o ambiente.

A proposta reforça o auditório como espaço de encontro, convivência e expressão coletiva e dá continuidade na requalificação do pátio — que agora integra-se diretamente à Sala de Grupo 2 — , dissolvendo as barreiras físicas e simbólicas entre os ambientes internos e externos (**Ilustração 8**).

Ilustração 8 — Ambiência atual do pátio externo do CAPS AD Luiz Cerqueira.



Fonte: Elaborado pela a autora, 2025.

³⁷ Ver apêndice G p. 103.

O espaço antes árido e desprovido de elementos de apropriação passa a incorporar mobiliário em materiais naturais, hortas aromáticas coletivas e vegetação distribuída de forma relacional, estimulando o pertencimento e a vivência sensorial (Ilustração 9).

Ilustração 9³⁸ — Aplicação das estratégias fenomenológicas no pátio externo do CAPS AD.



Fonte: Elaborado pela a autora, 2025.

A presença de vegetação distribuída de forma estratégica, a variação de luz e sombra promovida pelas copas das árvores e pelo uso de materiais com diferentes cores e texturas, que rompem com a monotonia do piso anterior, contemplam o sistema **visual**. Enquanto o sistema **háptico** é explorado por meio do mobiliário em madeira e cerâmica, da diversidade de superfícies e da vegetação que pode ser tocada e cuidada pelos usuários, favorecendo o vínculo tátil com o espaço.

A horta aromática coletiva introduz estímulos ligados ao sistema **paladar-olfato**, ao proporcionar cheiros naturais e experiências associadas à memória afetiva e ao cuidado. A proposta reconstrói o pátio como espaço terapêutico ativo, ampliando a experiência sensorial, o acolhimento e a possibilidade de socialização espontânea.

Dessa forma, as reflexões construídas ao longo deste capítulo não apenas revelam as fragilidades do atual modelo, como também apontam caminhos possíveis para uma prática arquitetônica comprometida com a humanização. Assim, o capítulo a seguir apresenta diretrizes projetuais fundamentadas nas análises e nos referenciais teóricos discutidos, com o intuito de contribuir para a concepção de espaços acolhedores e coerentes com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

³⁸ Ver apêndice H p. 104.

7. DIRETRIZES PROJETUAIS PARA A HUMANIZAÇÃO DO CAPS

A essência da Arquitetura é a criação, que só é possível com o desenvolvimento de uma ideia, que detém um conceito por trás, possibilitando o desenvolvimento, o projeto e a execução (Cibrão, 2019, p. 201). Por este motivo, se acrescenta a presente pesquisa este capítulo com diretrizes para futuras intervenções ou concepções arquitetônicas no modelo assistencial de saúde mental, o CAPS. Com base nas análises realizadas e nos fundamentos teóricos discutidos, foram considerados relevantes ao longo da investigação os seguintes aspectos:

1. Valorização da experiência sensorial;

Espaços de atenção e cuidado devem ser projetados para promover conforto e estímulos aos seus usuários, a exploração dos sentidos incorporada aos espaços, torna-o uma experiência e ferramenta terapêutica que auxilia os pacientes e os profissionais de saúde mental.

2. Valorização do Espaço Exterior;

Nos equipamentos de saúde mental, os ambientes externos devem ser concebidos como extensões terapêuticas do cuidado. Espaços abertos ou semifechados — como pátios, jardins sensoriais e varandas — favorecem a orientação temporal, a exposição à luz natural, e o reconhecimento cíclico do ambiente, rompendo com a sensação de confinamento.

3. Integração e permeabilidade

O uso de materiais translúcidos ou vazados e alternância entre cheios e vazios, promove integração visual entre ambientes e o exterior. A visibilidade controlada reforça a familiaridade com o entorno urbano, evitando percepções de clausura e promove a sensação de amplitude.

4. Equilíbrio da Segurança com o Desenho;

Por mais desafiador que seja, a segurança deve ser garantida sem recorrer a elementos institucionais ou coercitivos. Recomenda-se a priorização de edificações térreas ou com até dois pavimentos e a substituição de elementos de proteção — como grades e cercas — por dispositivos integrados ao

desenho como, brises, cobogós de vidro ou cercas vivas. Quando inevitável, esses elementos não devem assumir protagonismo visual, devendo utilizar cores neutras e tratamento discreto no conjunto arquitetônico.

5. Espaços de permanência e interação;

Áreas de convivência não devem se limitar à amplitude física de grandes vãos, devem ser qualificadas por elementos que estimulem a apropriação cotidiana e o uso espontâneo. A inserção de mobiliários acessíveis, vegetação, sombreamentos e recursos sensoriais deve favorecer o estar, o encontro e a construção de vínculos.

6. Flexibilização Normativa;

A aplicação de normas técnicas em ambientes de atenção psicossocial deve considerar as especificidades do cuidado em saúde mental. A padronização excessiva — como o uso obrigatório de revestimentos cerâmicos, cores institucionais e iluminação exclusivamente técnica — em todos os ambientes, dificultam a criação de ambientes acolhedores e terapêuticas. É necessário flexibilizar as diretrizes normativas nos espaços de convivência e cuidado.

As diretrizes projetuais apresentadas consolidam os principais aprendizados da pesquisa, aliando teoria e prática na qualificação espacial dos CAPS. Ao propor a superação de modelos institucionais, reafirma-se a urgência de uma arquitetura sensível e alinhada aos princípios da Reforma Psiquiátrica. A seguir, apresentam-se as considerações finais do estudo.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa partiu da premissa de que a arquitetura possui um papel determinante na construção de ambientes de cuidado em saúde mental, atuando não apenas como suporte físico, mas como parte integrante do processo terapêutico. O resgate histórico apresentado no primeiro capítulo foi essencial para compreender como a lógica manicomial ainda influencia a materialidade dos equipamentos substitutivos. Essa permanência contradiz os princípios da Reforma Psiquiátrica, que propõem o cuidado em liberdade e a valorização da subjetividade. Nesse contexto, a ruptura com a espacialidade institucional é urgente e deve orientar novas práticas projetuais.

A incorporação da fenomenologia arquitetônica possibilitou compreender os espaços a partir da experiência sensorial e afetiva dos usuários, enquanto os parâmetros de conforto ambiental forneceram critérios objetivos para o bem-estar físico e psicoemocional.

A partir desses três eixos — a crítica institucional, a abordagem fenomenológica e o conforto ambiental —, foi possível desenvolver a análise do CAPS AD Luiz Cerqueira e propor diretrizes projetuais que buscam a coerência entre os princípios da Reforma Psiquiátrica e os espaços de cuidado mental.

As diretrizes propostas sintetizam os aprendizados da investigação, articulando teoria, análise e prática. As ilustrações desenvolvidas exemplificam como essas diretrizes podem ser aplicadas a outros CAPS e demonstram como pequenas mudanças projetuais podem transformar a experiência do usuário com o espaço.

Por fim, reconhece-se que este estudo é uma contribuição inicial e que a humanização do espaço em saúde mental requer constante revisão, escuta ativa dos usuários e diálogo com os saberes interdisciplinares. Sugere-se, como continuidade da pesquisa, a aplicação das diretrizes em projetos-piloto e a avaliação de seus impactos a partir da percepção dos próprios usuários e profissionais envolvidos.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

AMARANTE, Paulo (org.). **Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1995.

AMARANTE, Paulo (org.). **O Homem e a Serpente: Outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1996.

BRASIL. **Lei nº 10.216 de 06 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. Brasília, DO: Diário Oficial Eletrônico, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual de estrutura física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento**: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA como lugares da atenção psicossocial nos territórios. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

CAPALBO, Creusa. **Fenomenologia e Ciências Humanas**. São Paulo: Ideias & Letras, 2008.

CIBRÃO, Edite Rute dos Santos Soares. **Janela da Mente - A Influência da Arquitetura na Saúde Mental**. 2019. Dissertação (Mestrado Integrado em Arquitetura apresentada à Faculdade de Ciências e Tecnologia) – Universidade de Coimbra, Coimbra, 2019.

FONTES, Maria Paula Zamorano. **Humanização Dos Espaços De Saúde: Contribuições para a Arquitetura na Avaliação da Qualidade do Atendimento**. 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências em Arquitetura, área de concentração em Racionalização do Projeto e da Construção) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

FONTES, Maria Paula Zamorano. **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**. 2003. Tese (Doutorado apresentado ao Programa de Pós Graduação em Arquitetura) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

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

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Projeto Memória da Psiquiatria do Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

KELLERT, S. R.; CALABRESE, E. F. **The practice of biophilic design**. 2015. Disponível em: <(PDF) The Practice of Biophilic Design (researchgate.net)>. Acesso em: 15 mar. 2025.

MACHADO, Roberto *et al.* **Danação da Norma:** Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978

NEVES, Juliana Duarte. **Arquitetura Sensorial:** a arte de projetar para todos os sentidos. 2011. Rio de Janeiro: Mapa Lab, 2011.

RESENDE, Heitor. **Política de Saúde Mental no Brasil:** uma Visão Histórica. In: Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis: Vozes / ABRASCO, 1990.

ROSEN, George. **Locura y Sociedad:** Sociología Histórica de la Enfermedad Mental. 1968. Madrid: Alianza Editorial, 1968.

VIECELI, Ana Paula. **Arquitetura da Loucura na Antiguidade Clássica:** a loucura ritual, o teatro e os templos da cura. II Congresso de Pesquisa e Extensão da FSG. Caxias do Sul, 2014.

VIECELI, Ana Paula. **O Plano Kirkbride e as instituições totais.** Arquitextos, São Paulo, ano 23, n. 270.05, Vitruvius, nov. 2022

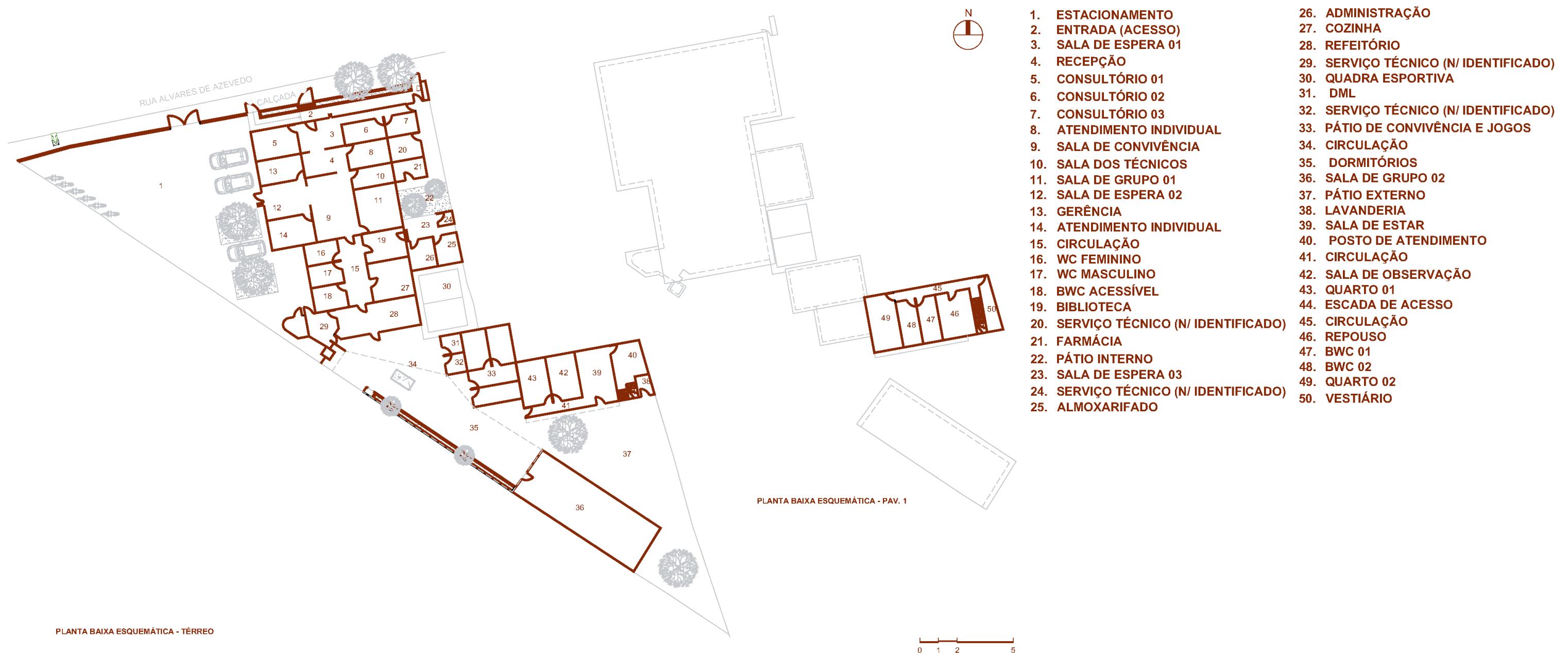
VIZIOLI, Simone Helena Tanoue *et al.* **Diálogos entre arquitetura e fenomenologia:** do moderno ao pós-moderno. **Revista Projetar.** 2021, v.6, n.3, 2021.

OTERO-PAILOS, Jorge. **A fenomenologia e a emergência do arquiteto-historiador.** Arquitextos, São Paulo, ano 11, n. 125.01, Vitruvius, out. 2010

PALLASMAA, Juhani. **Essências.** São Paulo: Gustavo Gili, 2018.

PALLASMAA, Juhani. **Os olhos da pele:** a arquitetura e os sentidos/ Juhani Pallasmaa; tradução técnica: Alexandre Salvaterra - Dados eletrônicos - Porto Alegre: Bookman, 2011.

APÊNDICE A – PLANTA BAIXA ESQUEMÁTICA



APÊNDICE B – PLANTA BAIXA ESQUEMÁTICA SETORIZADA



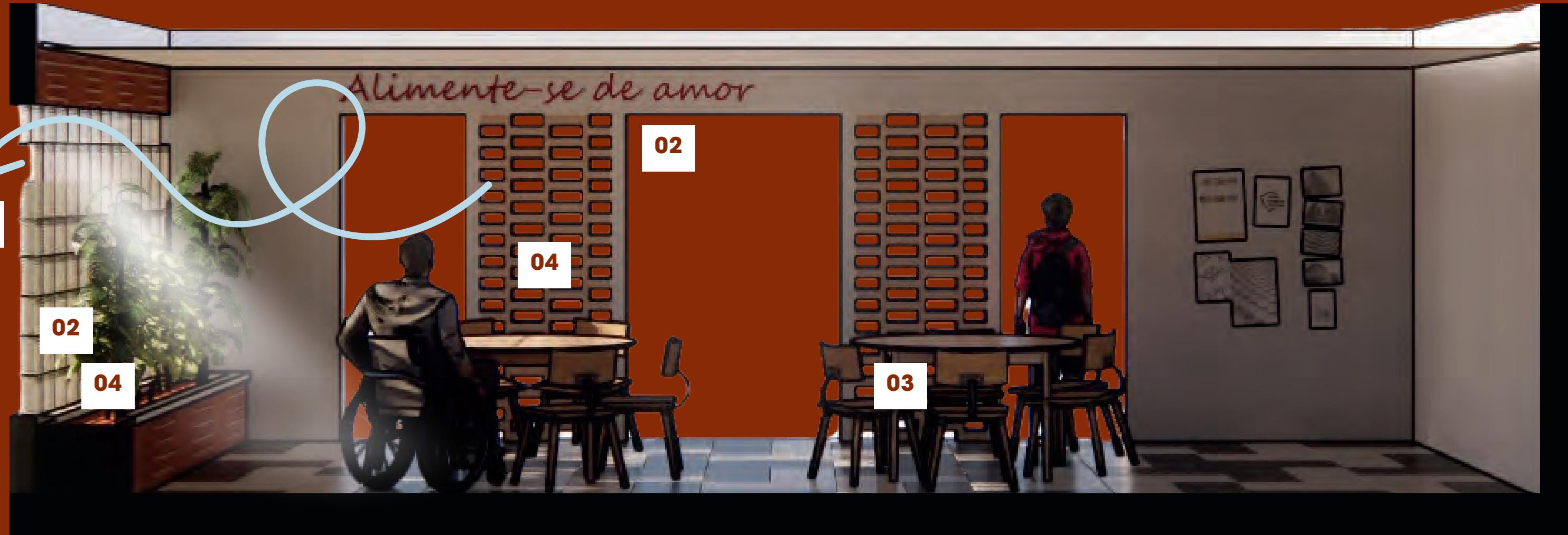
APÊNDICE C – INTERVENÇÃO FENOMENOLÓGICA: REFEITÓRIO



- 01** INTEGRAÇÃO ENTRE AMBIENTES
- 02** ENTRADA DE LUZ NATURAL
- 03** CONEXÃO COM A NATUREZA + DIFUSOR NATURAL DE AROMAS
- 04** MOBILIÁRIO, COBOGÓ E JARDINEIRA EM MATERIAL NATURAL
- 05** VARIAÇÃO DE CORES E REVESTIMENTOS
- 06** INTERAÇÃO COM FUNCIONÁRIOS

PALADAR-OLFATO : 03 | 04 | 06
HÁPTICO : 02 | 03 | 04 | 05
VISUAL : 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06

APÊNDICE D – INTERVENÇÃO FENOMENOLÓGICA: REFEITÓRIO



01 VENTILAÇÃO CRUZADA

02 PERMEABILIDADE E VALORIZAÇÃO
DO ESPAÇO EXTERIOR

03 MOBILIÁRIOS CIRCULARES + INTERAÇÃO

04 MATERIAIS NATURAIS E VEGETAÇÃO

APÊNDICE E - INTERVENÇÃO FENOMENOLÓGICA: SALA DE GRUPO 02



APÊNDICE F – INTERVENÇÃO FENOMENOLÓGICA: SALA DE GRUPO 02



- 01** INTEGRAÇÃO ENTRE AMBIENTES
- 02** ENTRADA DE LUZ NATURAL
- 03** CONEXÃO COM A NATUREZA
- 04** MOBILIÁRIO, COBOGÓ E COBERTA EM MATERIAL NATURAL
- 05** VARIAÇÃO DE CORES E REVESTIMENTOS

PALADAR-OLFATO : 03
HÁPTICO : 01 | 03 | 04 | 05
VISUAL : 01 | 02 | 03 | 04 | 05

APÊNDICE G - INTERVENÇÃO FENOMENOLÓGICA: SALA DE GRUPO 02



- 01** INTEGRAÇÃO ENTRE AMBIENTES
- 02** ENTRADA DE LUZ NATURAL
- 03** HORTA AROMÁTICA + CONEXÃO COM A NATUREZA
- 04** COBOGÓ E COBERTA EM MATERIAL NATURAL
- 05** VARIAÇÃO DE CORES E REVESTIMENTOS
- 06** MOBILIÁRIO QUE ESTIMULA APROPRIAÇÃO DO ESPAÇO

PALADAR-OLFATO : 03
HÁPTICO : 01 | 03 | 04 | 05
VISUAL : 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06

APÊNDICE H – INTERVENÇÃO FENOMENOLÓGICA: PÁTIO EXTERNO

- 01** INTEGRAÇÃO ENTRE AMBIENTES
- 02** ENTRADA DE LUZ NATURAL
- 03** HORTA AROMÁTICA COLETIVA + CONEXÃO COM A NATUREZA
- 04** MOBILIÁRIO, COBOGÓ E COBERTA EM MATERIAL NATURAL

PALADAR-OLFATO : 03
HÁPTICO : 01 | 03 | 04
VISUAL :
01 | 02 | 03 | 04 | 05

