



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE ARTES VISUAIS  
ARQUITETURA E URBANISMO

MARINA OLIVEIRA DE MELO

Arquitetura como Agente Restaurador:  
Centro de Atenção Psicossocial para Neurodivergentes

GOIÂNIA  
2025



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE ARTES VISUAIS

## **TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE GRADUAÇÃO NO REPOSITÓRIO INSTITUCIONAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio do Repositório Institucional (RI/UFG), regulamentado pela Resolução CEPEC no 1240/2014, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei no 9.610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo dos Trabalhos de Conclusão dos Cursos de Graduação disponibilizado no RI/UFG é de responsabilidade exclusiva dos autores. Ao encaminhar(em) o produto final, o(s) autor(a)(es)(as) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

### **1. Identificação do Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação (TCCG)**

Nome(s) completo(s) do(a)(s) autor(a)(es)(as): Marina Oliveira de Melo

Título do trabalho: Arquitetura como agente restaurador: Centro de Atenção Psicossocial para Neurodivergentes

### **2. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador) Concorda com a liberação total do documento [ X ] SIM [ ] NÃO<sup>1</sup>**

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante: a) consulta ao(à)(s) autor(a)(es)(as) e ao(à) orientador(a); b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo do TCCG. O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

#### **Casos de embargo:**

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro.

**Obs.: Este termo deve ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.**



Documento assinado eletronicamente por **Marina Oliveira De Melo, Discente**, em 16/11/2025, às 18:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Christine Ramos Mahler, Professora do Magistério Superior**, em 02/12/2025, às 09:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

---



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **5784591** e o código CRC **DAB90566**.

---

Referência: Processo nº 23070.059000/2025-54

SEI nº 5784591

MARINA OLIVEIRA DE MELO

Arquitetura como Agente Restaurador:  
Centro de Atenção Psicossocial para Neurodivergentes

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação  
em Arquitetura e Urbanismo da Faculdade de  
Artes Visuais da Universidade Federal de Goiás,  
como requisito parcial para obtenção do título de  
Bacharela em Arquitetura e Urbanismo.

Orientadora: Profa. Dra. Christine Ramos Mahler.

GOIÂNIA

2025

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Oliveira de Melo, Marina  
Arquitetura como Agente Restaurador [manuscrito] : Centro de  
Atenção Psicossocial para Neurodivergentes / Marina Oliveira de Melo.  
2025.  
CL, 150 f.: il.

Orientador: Profa. Dra. Christine Ramos Mahler.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade  
Federal de Goiás, Faculdade de Artes Visuais (FAV), Arquitetura e  
Urbanismo, Goiânia, 2025.

Bibliografia.

Inclui mapas, fotografias, abreviaturas, símbolos, gráfico, tabelas.

1. Espaços Restauradores. 2. Saúde Mental. 3. Neurodivergentes.  
4. Arquitetura. 5. Goiânia. I. Ramos Mahler, Christine, orient. II. Título.

CDU 72



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE ARTES VISUAIS

## ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Aos vinte e oito dias do mês de novembro do ano de 2025 iniciou-se a sessão pública de defesa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulado “Arquitetura como agente restaurador: Centro de Atenção Psicossocial para Neurodivergentes”, de autoria de Marina Oliveira de Melo, do curso de Arquitetura e Urbanismo, da Faculdade de Artes Visuais da UFG. Os trabalhos foram instalados pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Christine Ramos Mahler - orientadora (FAV/UFG), com a participação dos demais membros da Banca Examinadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Adriana Mara Vaz de Oliveira (FAV/UFG); Prof. Dr. Fernando Antonio Oliveira Mello (FAV/UFG); e Prof. Dr. Eurípedes Afonso da Silva Neto - membro externo (UEG). Após a apresentação, a banca examinadora realizou a arguição da estudante. Posteriormente, de forma reservada, a Banca Examinadora atribuiu a nota final de 8,5 (oito vírgula cinco), tendo sido o TCC considerado aprovado.

Proclamados os resultados, os trabalhos foram encerrados e, para constar, lavrou-se a presente ata que segue assinada pelos Membros da Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Christine Ramos Mahler, Professora do Magistério Superior**, em 02/12/2025, às 09:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Adriana Mara Vaz De Oliveira, Professor do Magistério Superior**, em 02/12/2025, às 17:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Eurípedes Afonso da Silva Neto, Usuário Externo**, em 03/12/2025, às 13:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

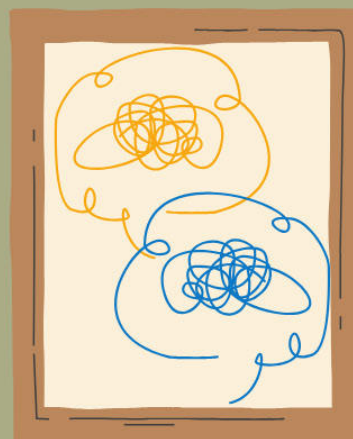


Documento assinado eletronicamente por **Fernando Antonio Oliveira Mello, Professor do Magistério Superior**, em 08/12/2025, às 11:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **5784599** e o código CRC **FD39EBC0**.

# ARQUITETURA COMO AGENTE RESTAURADOR



**Centro de Atenção Psicossocial**  
para neurodivergentes

# ARQUITETURA COMO AGENTE RESTAURADOR:

Centro de Atenção Psicossocial  
para pessoas neurodivergentes

**Trabalho de Conclusão de Curso**

Graduanda: Marina Oliveira de Melo

Orientadora: Prof. Dra. Christine Ramos Mahler

Banca: Prof. Dra. Adriana Mara Vaz de Oliveira

Prof. Dr. Fernando Antônio Oliveira Mello

Prof. Dr. Eurípedes Afonso Neto

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
Faculdade de Artes Visuais  
Arquitetura e Urbanismo

Goiânia, Novembro de 2025.

# AGRADECIMENTOS

À minha família, que me ensina o significado de lar há 22 anos. Ao meu pai, que sob muito sol, com ensino médio incompleto e infinito amor e carinho, batalhou duro para ter uma filha bacharel por uma universidade federal. À minha mãe, que foi aconchego e amparo em todos os momentos, que foi facilitadora dessa longa jornada, presente diariamente e disposta a qualquer que fosse o momento, sempre da sua maneira de ajudar. Aos meus irmãos, que foram parceiros e ouvintes diários em todas as fases, dificuldades e alegrias, que permaneceram sempre dispostos, enérgicos e compreensíveis. À minha família que mesmo longe, está perto, minha irmã e sobrinhos, amo vocês. Ao meu parceiro, pela escuta, auxílio e pelas sugestões durante todo o trabalho.

Em especial, um agradecimento à minha orientadora, Profa. Dra. Christine Mahler, que me direcionou durante a faculdade até a entrega desse trabalho, sempre disposta, com calma, dedicação e acolhimento. Obrigada por sempre me manter motivada nessa jornada do começo ao fim, por jogar luz sob qualquer dificuldade no caminho, sempre trazendo novas soluções com carinho e leveza. Dra. você é inspiração como profissional e como pessoa, sempre extremamente prestativa e sensível.

Agradeço também à banca examinadora, Profa. Dra. Adriana Mara e Prof. Dr. Fernando Mello, que me orientaram não apenas neste trabalho, mas em muitos anos durante o curso, que sempre dão sugestões assertivas e ajudam a trilhar meu caminho como profissional.

Um último obrigada ao Prof. Dr. Eurípedes Afonso Neto, por aceitar o convite como membro externo da minha banca, agradeço pelos anos que você lecionou aulas para mim e por todos os ensinamentos adquiridos. Tenho completa admiração por todos vocês, são profissionais e docentes excelentes.

# RESUMO

O presente TCC, de natureza teórico-prática, pretende desenvolver um equipamento de saúde pública destinado aos pacientes neurodivergentes e com transtornos mentais, abarca as faixas etárias de crianças, jovens e adultos, tendo como premissa a aplicação de princípios de espaços restauradores. Esses princípios se justificam pela necessidade de conferir uma experiência positiva na apreensão do espaço arquitetônico por parte dos usuários em sua condição, propiciando bem-estar, equilíbrio e calma, em um ambiente que seja a antítese de ambientes hospitalares em geral, nos quais predomina uma ambiência fria e impessoal, como será posteriormente desenvolvido.

A necessidade do equipamento é crescente, em função das estatísticas que envolvem transtornos mentais e a saúde mental da população em geral, seja em função das consequências da pandemia, seja da relação excessiva que adultos, jovens e crianças possuem com as redes sociais e no alto fluxo de informações, implicando em dificuldades de seu desenvolvimento emocional e nas relações interpessoais.

O objetivo geral é projetar uma edificação comprometida com as especificidades dos usuários, alinhada com as diretrizes do SUS, utilizando a materialidade e demais elementos arquitetônicos que favoreçam o bem-estar das pessoas no espaço.

A metodologia se inicia com as pesquisas de literatura e documental sobre o tema, para permitir o conhecimento dos perfis dos usuários, suas especificidades e necessidades para abordagens espaciais, além de compreender a legislação do SUS, englobando a rede RAPS e o CAPS. Em seguida, a pesquisa passa à etapa de escolha de referências para o projeto, buscando analisar as linguagens que foram aplicadas, bem como as questões programáticas, tendo em vista a elaboração do programa de necessidades.

A escolha do local para a implantação do edifício deverá identificar equipamentos similares e específicos da Rede RAPS, dos CAPS existentes e afins no mapa de Goiânia, com o objetivo de suprir lacunas em regiões desfavorecidas. A partir da análise dos dados coletados, na sequência, poderá ter início a etapa da exploração formal e desenvolvimento do partido arquitetônico, considerando a interpretação do lugar, os aspectos plástico-formais, funcionais e tectônicos para a proposta.

Como contribuição, pretende-se estimular a discussão sobre o tema e trazer uma leitura crítica dos espaços requeridos pela legislação vigente e avançá-los de acordo com as teorias pesquisadas, para seu aprimoramento qualitativo. O ponto de partida deste trabalho é o ser humano.

**Palavras-chave:** Espaços Restauradores. Saúde Mental. Neurodivergentes. Arquitetura. Goiânia.

# ABSTRACT

The present undergraduate thesis, of a theoretical-practical nature, intends to develop a public health facility aimed at neurodivergent patients and those with mental disorders, covering the age groups of children, youth, and adults, with the premise of applying principles of restorative spaces. These principles are justified by the need to provide a positive experience in the apprehension of architectural space by users in their condition, promoting well-being, balance, and calm in an environment that is the antithesis of typical hospital environments, in which a cold and impersonal ambiance predominates, as will be further developed.

The need for such a facility is growing, due to statistics involving mental disorders and the general mental health of the population, whether as a result of the consequences of the pandemic or the excessive relationship that adults, youth, and children have with social media and the high flow of information, resulting in difficulties in their emotional development and interpersonal relationships.

The general objective is to design a building committed to the specificities of its users, aligned with SUS guidelines, using materiality and other architectural elements that promote well-being within the space.

The methodology begins with literature and documentary research on the topic, to allow understanding of the users' profiles, their specificities and needs for spatial approaches, as well as understanding SUS legislation, encompassing the RAPS network and the CAPS. Next, the research moves on to the stage of selecting references for the project, seeking to analyze the languages that were applied, as well as the programmatic issues, with a view toward developing the program of requirements.

The choice of the site for the building's implementation should identify similar and specific RAPS network facilities, existing CAPS units and related ones on the map of Goiânia, with the aim of addressing gaps in underserved regions. From the analysis of the collected data, the stage of formal exploration and development of the architectural concept may then begin, considering the interpretation of the place, the plastic-formal, functional, and tectonic aspects of the proposal.

As a contribution, the intention is to stimulate discussion on the topic and offer a critical interpretation of the spaces required by current legislation, advancing them according to the theories researched, for their qualitative improvement. The starting point of this work is the human being.

**Keywords:** Restorative Spaces. Mental Health. Neurodivergent. Architecture. Goiânia.

# SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO DO TEMA .....	11
Introdução.....	12
Justificativa.....	16
Objetivos .....	18
Metodologia.....	22
2. DISCUSSÃO TEÓRICA .....	25
Saúde mental, estigma e neurodivergência.....	26
Sistema Único de Saúde e Rede de Atenção Psicossocial.....	30
Espaço e Percepção.....	38
O Lúdico .....	44
Design Inclusivo.....	44
Espaços Restauradores e ambientes hospitalares humanizados .....	48
3. ESTUDOS DE SIMILARES.....	55
Centro Maggie de Lanarkshire - Reiach and Hall Architect.....	56
Centro Maggie Barts - Steven Holl Architects.....	82
Clínica Pupila - Bloco Arquitetos .....	60
Síntese .....	93
4. LEVANTAMENTOS E ANÁLISES .....	97
Crítica ao CAPS.....	98
Uma experiência na área da saúde - Lelé.....	100
Levantamentos e Dados.....	102
Estudos do Lugar.....	106
5. ATMOSFERA E MOODBOARD.....	115
6. PARTIDO .....	119
7. PROJETO.....	129
8. Considerações finais.....	145

1

**APRESENTAÇÃO  
DO TEMA**

# INTRODUÇÃO

A saúde mental tornou-se um tema emergente na contemporaneidade, marcada por transformações sociais, tecnológicas e culturais que impactam profundamente a população. Esse cenário foi agravado no contexto da pandemia da COVID-19, que interferiu negativamente nas relações sociais e ampliou ainda mais os desafios enfrentados na temática, inclusive no período pós-pandêmico. O distanciamento social, as incertezas econômicas e o medo generalizado acentuaram o sofrimento da população, tornando mais evidente a urgência de políticas públicas voltadas ao cuidado dos transtornos mentais.

Assim, pela ameaça aos vigentes problemas da saúde mental que a população em geral pode enfrentar e à possível agudização da condição de base nos doentes com perturbação mental prévia, é importante estabelecer uma adaptação dos serviços de saúde mental para lidar com o risco acrescido das morbidades psiquiátricas, desenvolvendo e implementando programas de prevenção, rastreamento e intervenção precoce, que visem não apenas os efeitos agudos mas também os efeitos a longo prazo desta pandemia (Nascimento S. et al., 2020).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2001), saúde mental é um estado no qual o indivíduo reconhece suas habilidades, consegue lidar com o estresse do cotidiano, seja no quesito pessoal ou profissional, e tem a capacidade de contribuir para a comunidade. Em contrapartida, os transtornos mentais são síndromes que envolvem alterações na cognição, na regulação emocional ou no comportamento, resultantes de disfunções nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento. Esses transtornos estão frequentemente ligados a sofrimento ou prejuízos funcionais que afetam diretamente a vida social e profissional dos indivíduos (APA, 2014).

Sendo assim, torna-se notório o aumento dessa demanda em função dos múltiplos fatores da vida contemporânea, como o bombardeio constante de informações pelo uso de telas, a rápida conectividade e a fragilidade dos vínculos, aspectos da atualidade que são expostos nas teorias do sociólogo e filósofo polonês Zygmunt Bauman, em seu livro homônimo, quanto ao conceito de "modernidade líquida".

Em um mundo marcado por relações instáveis e uma constante sensação de insegurança, os indivíduos se veem cada vez mais desamparados diante das condições da vida moderna.

Diante desse panorama, a pandemia representou um divisor de águas, não apenas ao interferir nos quadros de sofrimento psíquico, mas também ao forçar na política mundial uma abordagem em relação à saúde mental e expor as fragilidades do sistema de saúde e lacunas de acesso ao cuidado psicológico e psiquiátrico.

O paciente neurodivergente<sup>1</sup> sofre com o preconceito contra esses transtornos, que ainda é muito presente na sociedade em função do desconhecimento das diversidades, sintomas e realidades. Um dos fatos que esclarece esse estigma é a recente conquista da reforma dos serviços de atendimento nacionais na 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, de 1987, onde só então abriu-se espaço para a discussão e criação de serviços psicossociais mais humanitários, abandonando os manicômios. Os transtornos mentais anteriormente eram tratados de maneira desumana, com internação compulsória e abandono pelos familiares, essa foi uma realidade do Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais, na década de 1960 (ARBEX, 2013).

O estigma é o principal obstáculo para a recuperação e reabilitação, para melhor assistência psiquiátrica e melhor qualidade de vida daqueles que sofrem de transtorno mental, de seus familiares, da equipe que trata e cuida dele e da comunidade em torno do indivíduo. (Hara, Paprocki, Rocha, 2015, p. 595).

Nesse contexto, após anos de Reforma Psiquiátrica<sup>2</sup>, das políticas implantadas pelo SUS e do cenário geral de saúde mental da população no mundo moderno e pós-pandemia, de que modo a arquitetura pode contribuir para o bem-estar psíquico da população? A demanda pela ampliação e especialização dos cuidados com a saúde mental faz surgir questionamentos como esse, que serão buscados no processo de pesquisa deste trabalho.

Diante do exposto, o presente trabalho tem como proposta a elaboração de um TCC teórico-prático para um centro de apoio psicossocial destinado ao atendimento de pacientes com transtornos mentais e neurodivergentes, com suporte na arquitetura como instrumento para concepção de um ambiente restaurador (Gressler e Günther, 2013). O conceito do edifício visa oferecer o acolhimento e restauração adequados e especializados para esse grupo de pacientes por meio de uma arquitetura sensível e voltada ao bem-estar, tranquilidade e aconchego, alternativa aos ambientes hospitalares e clínicos convencionais, que são estigmatizados e pouco humanizados.

O edifício será vinculado ao SUS (Sistema Único de Saúde)<sup>3</sup> e comporá a RAPS (Rede de Assistência Psicossocial) que cobre o território nacional. O público alvo consiste em pacientes com transtornos mentais de leve a grave, além de todo paciente neurodivergente que possa apresentar alguma condição mental.

Dessa forma, os grupos de usuários atendidos serão:

**GRUPO 1:** pacientes em tratamento e terapias.

**GRUPO 2:** público infantil ou adulto que está em processo de diagnóstico.

**GRUPO 3:** familiares e acompanhantes que demandam um espaço de espera e convivência.

O centro de atenção psicossocial atenderá todas as faixas etárias, desde crianças em processo de diagnóstico à adultos em tratamentos contínuos, buscando assim os conceitos do SUS de universalização, equidade e integridade. Portanto, será pensado um manejo dessas faixas etárias para propor a convivência entre elas e a distinção dos tratamentos específicos para cada tipo de paciente.

O propósito é especializar o atendimento para suprir as demandas específicas desse grupo de usuários que necessitam de espaços múltiplos e acolhedores, buscando o aconchego e proximidade com o público atendido.

Além disso, busca-se fortemente entender o paciente e sanar o estigma quanto aos transtornos mentais, que silencia a luta dessa parcela da sociedade e pode interferir nos tratamentos e aceitação de diagnósticos.



**Diagrama:** Público alvo do projeto.  
**Fonte:** Elaborado pela autora.

Portanto, a contribuição da pesquisa e do produto final desde TCC será oferecer um espaço público permeado de subjetividades, de maneira que a população se aproprie do local de forma livre e em sistema aberto, quebrando o enrijecimento burocrático da clínica, de forma a estimular imersão, a individualização e o autocuidado. Por fim, é intuito do trabalho evidenciar o papel da arquitetura por meio da criação de espaços restauradores que auxiliam na promoção da saúde mental do paciente a partir da **humanização**.

---

<sup>1</sup> "Indivíduos neurodivergentes são aqueles cujas funções cerebrais diferem daqueles que são neurologicamente típicos, ou neurotípicos." (Hughes, 2016, p.3)

<sup>2</sup> A Reforma Psiquiátrica ocorreu no final da década de 1970, no Brasil, e significou o conjunto de transformações no modelo assistencial psiquiátrico nacional, dando fim aos manicômios e protagonizando o surgimento dos primeiros Centros de Atenção psicossocial e da Rede de Atenção Psicossocial. (Ministério da Saúde, 2005)

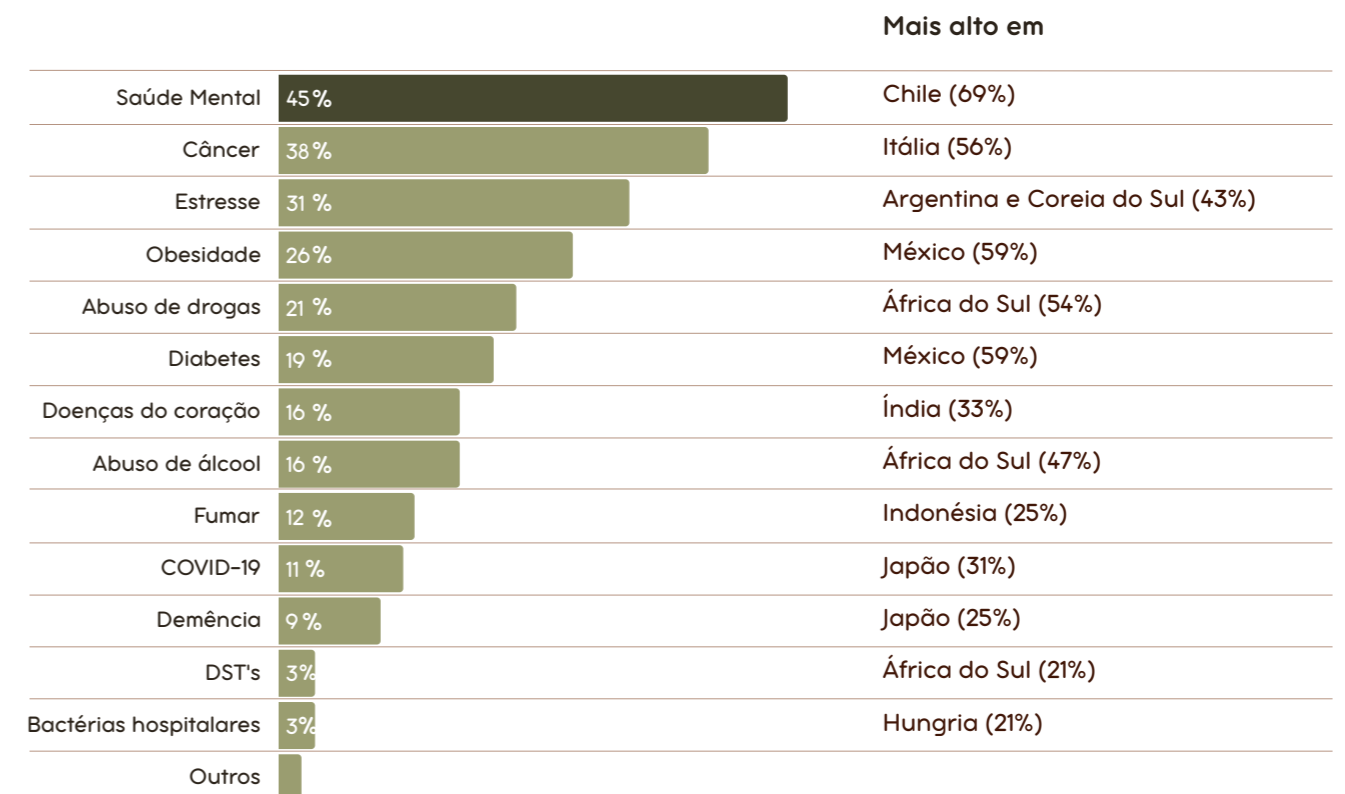
<sup>3</sup> O Sistema Único de Saúde, o SUS, é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. (Ministério da Saúde, 2000)

# JUSTIFICATIVA

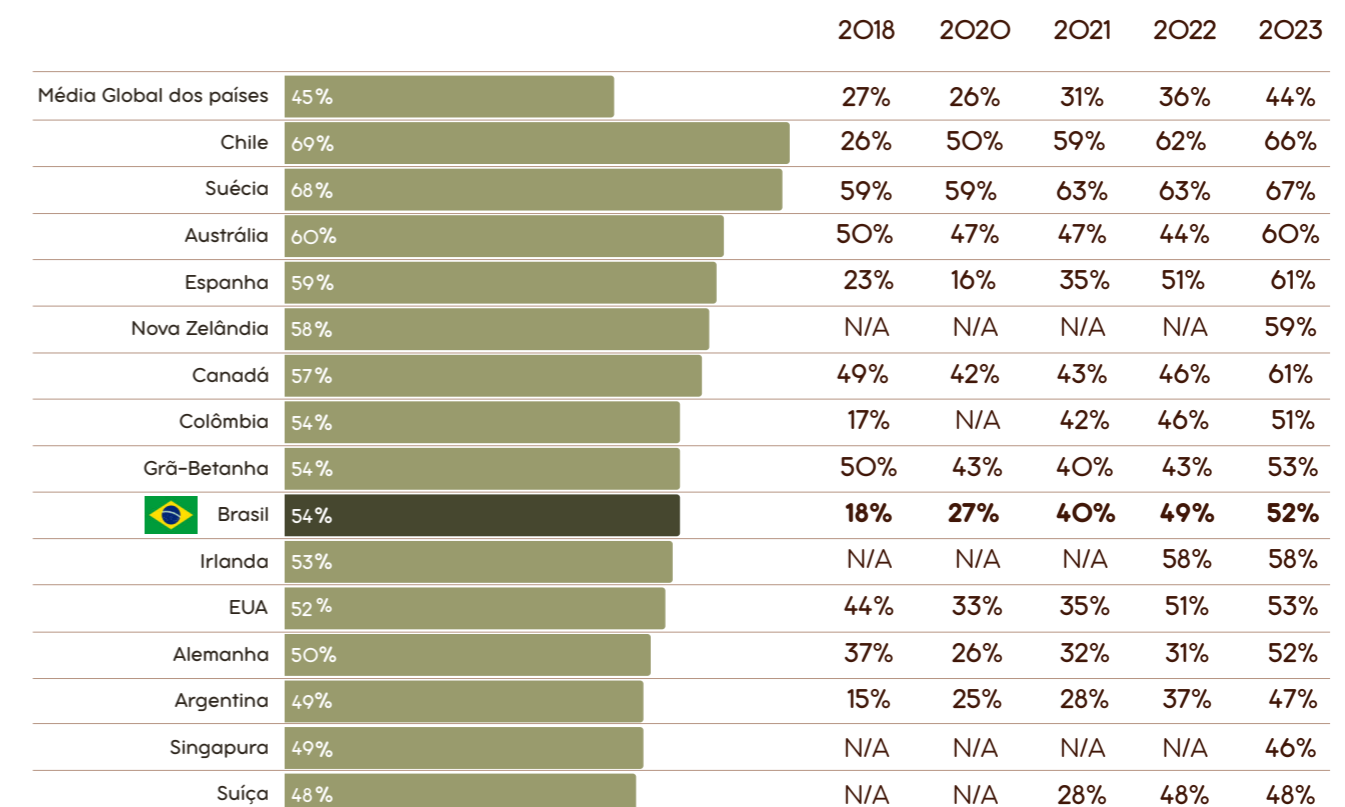
De acordo com o novo relatório "World Mental Health Day 2024" e com pesquisas realizadas, a saúde mental no mundo segue sendo um dos assuntos de maiores preocupações. Segundo dados da IPSOS (2024), a maior parte da população em geral considera a saúde mental como um dos maiores problemas enfrentados no seu país, girando em torno de 45% como média global dos países, ficando na frente de problemáticas como câncer e diabetes. Ainda nesta pesquisa, é notório observar o salto da porcentagem, logo após a explosão da pandemia em 2020, sendo o Brasil o nono país da lista com a maior taxa de concordância com essa afirmação, que começou em 2020 com 18% dos entrevistados enxergando a saúde mental como o principal problema nacional e já em 2023 essa porcentagem subiu para 54%. Diante desses números, o diretor-geral da OMS diz: "Este é um alerta para que todos os países prestem mais atenção à saúde mental e façam um trabalho melhor no apoio à saúde mental de suas populações" (Ghebreyesus, 2022).

**Gráfico:** Pesquisa sobre saúde mental a nível global.  
**Fonte:** IPSOS, 2024. Elaborado pela autora.

## Qual o maior problema de saúde enfrentado pelas pessoas em seu país hoje?



## Dados sobre os 15 primeiros países que mais responderam "saúde mental" para a questão da entrevista.



Devido à recente popularização do termo, ainda não se precisa em dados o volume de neurodivergentes em território nacional. Essa lacuna se deve à vasta quantidade de condições que o termo engloba, como o transtorno do espectro autista (TEA), o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), a bipolaridade, a dislexia, o transtorno obsessivo compulsivo (TOC), distúrbios de fala como Tourette, entre inúmeras outras manifestações psíquicas que afetam a mente humana. Apesar dessa imprecisão em números gerais, de acordo com o censo demográfico mais recente do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 2022, constata por volta de 2,4 milhões de pessoas diagnosticadas com autismo, o que corresponde a 1,2% da população brasileira. É importante ressaltar, contudo, que o TEA se enquadra em apenas uma das condições que serão consideradas e debatidas neste trabalho. Enquanto isso, de maneira mais geral, dados da OMS evidenciam que, atualmente, pelo menos 86% dos brasileiros sofrem de algum transtorno mental.

Portanto, com tamanha complexidade do assunto, os transtornos mentais devem ser tratados como um dos maiores desafios da saúde pública no Brasil, fazendo-se imprescindível investimentos especializados para o enfrentamento dessa problemática e ampliação da assistência psicossocial a todos os indivíduos. e ao apoio psicossocial em seus planos de enfrentamento à COVID-19.

Dessa forma, cerca de 90% dos países avaliados passaram a incorporar ações voltadas à saúde mental. No entanto, ainda persistem importantes deficiências e preocupações quanto à efetividade e abrangência dessas medidas ainda nos dias atuais. (OPAS, 2022).

O cenário demonstra a necessidade de atendimento complementar, integrado e humano aos pacientes neurodivergentes e com transtornos mentais em visão da recuperação, acolhimento e inclusão dos usuários em seus cotidianos. As dificuldades deste público contemplam o espaço físico e emocional, devido a organização cerebral diversa e a reação atípica aos estímulos externos ser profundamente delicada. Para isso, há a necessidade de contemplar e executar o **Projeto de Lei N.º 5.499**, de 2023, que decreta obrigação do Sistema Único de Saúde (SUS) a oferta de atendimento especializado à pessoa neurodivergente. O projeto se justifica pela necessidade de proteção, inclusão e acessibilidade, facilitando avanços cognitivos, comportamentais e emocionais à essas pessoas atendidas.

Portanto, torna-se essencial a implementação de um edifício público, de acesso livre e especializado, que contemple tanto as condições profissionais quanto a qualidade dos espaços destinados ao tratamento, atendimento e acolhimento de pacientes neurodivergentes – cujas necessidades físicas são extremamente específicas e diversas.

A arquitetura em ambientes hospitalares, em contexto nacional, está cada vez mais sendo discutida em função da demanda que os dados estatísticos mostram, com um número crescente de políticas públicas para incentivo de criação de CAPS<sup>4</sup>, clínicas e centros de apoio e convivência, o modo como esses espaços são trabalhados e a necessidade real do paciente entra em debate. Aspectos como os elementos de humanização, aconchego e inclusão nos ambientes são levados em consideração para discutir os efeitos positivos na recuperação do usuário, trazendo a arquitetura para o centro da discussão do tratamento. Roger Ulrich (1984) conduz uma investigação que evidencia a influência de ambientes com iluminação natural por janelas e integração entre o indivíduo e a natureza na resposta emocional e conseqüentemente no processo de recuperação.

As experiências de ambientes físicos, visualmente prazerosos, podem auxiliar na redução do estresse, uma vez que desencadeiam emoções positivas, mantêm o estado de atenção não vigilante, diminuem os pensamentos negativos e possibilitam o retorno à excitação fisiológica para níveis mais moderados. (Gressler e Günther, 2013, p. 489).

Assim, pensando na diversidade entre os transtornos mentais e as demandas desses usuários, pensa-se em um ambiente que aconteça em função do **acolhimento**, em uma esfera que qualquer paciente se sinta confortável no espaço em primeira instância, de maneira que essa ambiência contribui no tratamento.

-----

<sup>4</sup> Os CAPS são os Centros de Atenção Psicossocial, lugares onde oferecem serviços de saúde abertos para a comunidade, são diversas as modalidades de CAPS para cada tipo de paciente. São serviços especialmente focados em auxiliar situações difíceis de crise ou no processo de reabilitação psicossocial. (Ministério da Saúde).

# OBJETIVOS

## Objetivo Geral

Este trabalho pretende desenvolver um projeto arquitetônico para um Centro de Acolhimento e Terapias voltado ao tratamento de pacientes com transtornos mentais e neurodivergentes em Goiânia. Pretende-se criar espaços terapêuticos, de atendimento e convivência que promovam o bem-estar e recuperação dos usuários por meio de uma abordagem humanizada e acolhedora. O projeto tem como foco comprovar a relação entre ambiente construído e espaço interno arquitetônico com o comportamento humano e em como a arquitetura pode criar espaços terapêuticos que atenuem as perturbações psíquicas.

## Objetivos Específicos

- proporcionar acolhimento e aceitação do diagnóstico, visando o bem-estar do paciente por meio de soluções arquitetônicas;
- promoção de atividades integrativas ao tratamento tradicional;
- uso de medidas de humanização, características arquitetônicas que criam espaços humanizados;
- proposição de ambientes mais adequados, com base no modelo SUS;
- uso consciente de materiais e estratégias de construção para gerar conforto ambiental;
- propor um espaço acolhedor que promova a desestigmatização dos transtornos mentais e do CAPS, distanciando-se dos modelos de manicômios;
- promover o debate e a reflexão sobre a importância de espaços acolhedores para tratar de saúde mental e a intervenção da arquitetura no processo terapêutico

# METODOLOGIA

## ESTUDO EXPLORATÓRIO

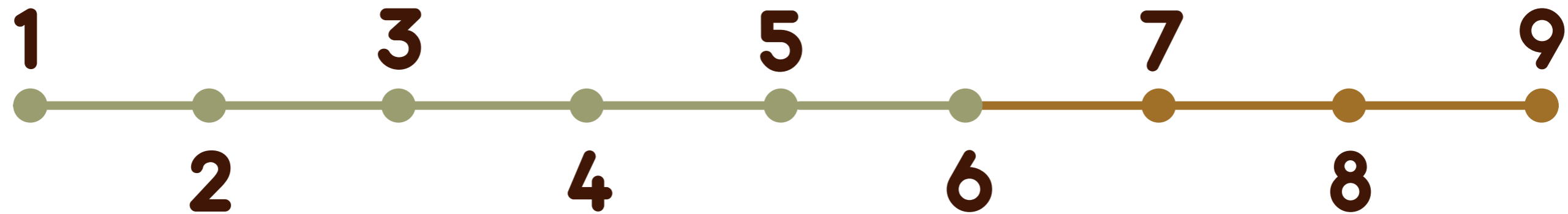
- Apresentação do tema

## DADOS E LEVANTAMENTOS

## PROGRAMA DE NECESSIDADES E LEGISLAÇÃO

## PARTIDO ARQUITETÔNICO

## CONSIDERAÇÕES FINAIS



### DISCUSSÃO TEÓRICA

- Espaços Restauradores
- Lúdico
- Design Inclusivo
- Ambientes hospitalares

### ESTUDOS E ANÁLISES

- Perfil do usuário
- Estudos de caso
- Moodboard
- Estudos do Lugar

### DIRETRIZES PARA PARTIDO

### DESENVOLVIMENTO DO PROJETO

Fase exploratória e de pesquisa



Fase propositiva



2

**DISCUSSÃO  
TEÓRICA**

# SAÚDE MENTAL, ESTIGMA E NEURODIVERGÊNCIA

Os estigmas já mencionados em relação à saúde mental e aos transtornos mentais, de maneira geral, acarretam muitas vezes um olhar social mais voltado ao transtorno do que ao indivíduo em si, de maneira que sejam apenas reduzidos a um diagnóstico. Neste cenário, pesquisas e movimentos de inclusão são extremamente recentes e emergentes no meio psicológico e sociológico atual, principalmente pela proposta de novos conceitos e novas maneiras de enxergar esses grupos de pessoas que ainda estão em estudo.

O termo "neurodiversidade" foi cunhado por Judy Singer, uma socióloga e pesquisadora australiana, em sua tese de 1998, que deu origem ao livro "NeuroDiversity: The Birth of an Idea" e popularizado por Harvey Blume no mesmo ano com uma publicação na revista estadunidense *The Atlantic*<sup>5</sup>. De acordo com a socióloga, todos os seres humanos se enquadram na neurodiversidade, pois o termo refere-se a diferentes formas de pensar e experienciar o mundo a partir da formação cerebral e neurológica de cada indivíduo, sejam eles típicos – que funcionam conforme o padrão esperado – ou atípicos.

Já a expressão "neurodivergente" inaugurada pela ativista Kassiane Asasumasu no ano de 2000, desempenhou um papel significativo na disseminação do debate sobre a diversidade neurológica, sendo utilizada para descrever esse grupo de pessoas consideradas atípicas, que pensam, percebem os estímulos e interagem com o mundo de maneira diferente do padrão (Walker & Raymaker, 2021).

Nesse contexto, o movimento da neurodiversidade, impulsionado por diversos ativistas da causa e difundido com cunho social até a contemporaneidade, busca contestar o estigma patológico associado aos neurodivergentes. Esse grupo, que não é um termo médico, não é considerado no debate atual como doente ou dependente de medicação, mas com condições da especificidade humana e que demanda acolhimento e apoio. (Wise, 2024).

Partindo disso, a depender da severidade da condição mental, as pessoas neurodivergentes podem ou não necessitar de tratamentos. Portanto, o defendido pelo movimento é que seja escolha individual, e não uma imposição que considera suas diversidades patologias. Esse posicionamento reflete uma mudança de paradigma, onde o foco se desloca do diagnóstico e da doença para a valorização das diferenças cognitivas como uma condição humana legítima e como essas pessoas interagem com o espaço à sua volta.



Diagrama: Infográfico das neurodivergências  
Fonte: Jane Wise: "Neurodivergent Umbrella", 2024. Adaptado e traduzido pela autora.

A neurodivergência, portanto, é englobada dentro desse movimento social e político recente que a ativista Sonny Jane Wise descreve como o "guarda-chuva do neurodivergente".

Esse conceito abrange uma série de condições: transtorno do espectro autista, dislexia, transtorno de bipolaridade, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, pluralidade ou transtorno de personalidade, transtorno do estresse pós-traumático, epilepsia, esquizofrenia, disgrafia, Alzheimer, transtorno do espectro alcoólico Fetal, síndrome de Tourette, lesões cerebrais adquiridas, transtorno dissociativo, sinestesia, síndrome de Down, transtorno obsessivo compulsivo, gagueira, ansiedade, dispraxia, deficiência intelectual, psicose, transtorno alimentar, discalculia, superdotação e paralisia cerebral.

<sup>5</sup>"The Atlantic" é uma revista mensal americana de cultura e literatura, fundada em 1857. É reconhecida por seus artigos e análises de profundidade sobre temas como política, sociedade, cultura, ciência e história.

Ao traçar um paralelo com os diagnósticos psiquiátricos, observa-se que as neurodiversidades descritas por Wise podem também ser identificadas no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) nas seguintes classificações: transtornos do neurodesenvolvimento, espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, transtorno bipolar, transtornos de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo, transtornos relacionados ao trauma, transtornos dissociativos, transtornos alimentares, transtornos neurocognitivos e transtornos de personalidade.

Nesse contexto, busca-se integrar os conceitos sociais e políticos às abordagens psiquiátricas para definir claramente o público-alvo da proposta de edifício desta pesquisa. Com base nas informações discutidas, conclui-se que, pela sua maneira específica de experienciar o mundo, as pessoas neurodivergentes apresentam demandas espaciais semelhantes, além da necessidade de apoio psicossocial e acolhimento. Assim, o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) para neurodivergentes se configura como uma resposta a essas necessidades, visando criar um ambiente restaurador e acolhedor, que proporcione conforto tanto para os pacientes usuários do espaço quanto para os visitantes que transitam por ele.

# O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A principal política pública nacional concretiza-se pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela Constituição de 1988 e regulamentado pela **Lei Federal 8.080/90** ou Leis Orgânicas da Saúde. Com essa conquista do direito à saúde, possibilitou-se a ampliação do suporte e a abrangência das políticas públicas destinadas à saúde de modo que houvesse participação social nas ações do Estado.

Segundo o Ministério da Saúde, a função do SUS é proporcionar o acesso integral, universal e gratuito ao sistema de saúde, sem discriminação, tornando-se um dos sistemas públicos mais complexos e completos do mundo. O modelo é sustentado por três pilares: **a universalização, a equidade e a integralidade.**

## 1- Universalização:

A saúde é um direito universal de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurá-lo, independente do sexo, raça, ocupação ou características sociais e pessoais;

## 2- Equidade:

Objetiva diminuir a desigualdade, põe luz sobre as necessidades distintas que as pessoas têm e significa tratar desigualmente os desiguais, buscando investir onde a carência é maior;

## 3- Integralidade:

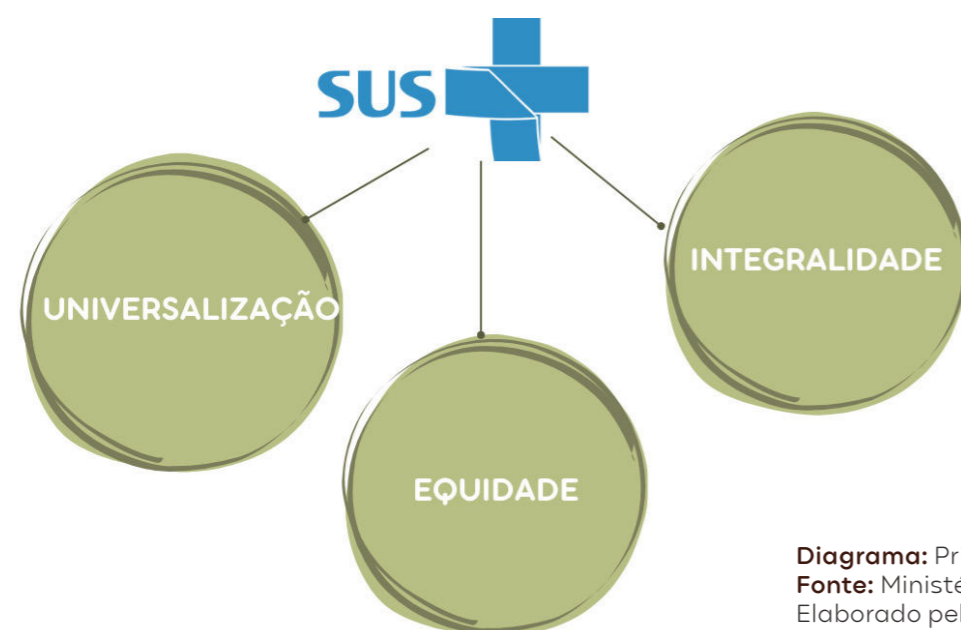
Busca atender todas as necessidades do indivíduo, por isso é importante a integração das ações, incluindo a promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Pressupõe a articulação intersetorial entre as diferentes áreas e a articulação entre políticas públicas para garantir a saúde e qualidade de vida.

De acordo com a Lei Federal 8.080 de 1990, Art. 2º "A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício". Assim, sendo a promoção da saúde um dever do SUS, torna-se fundamental o fortalecimento para cada vez mais ampliar e especializar a articulação de políticas que compreendam as necessidades e condições da população.

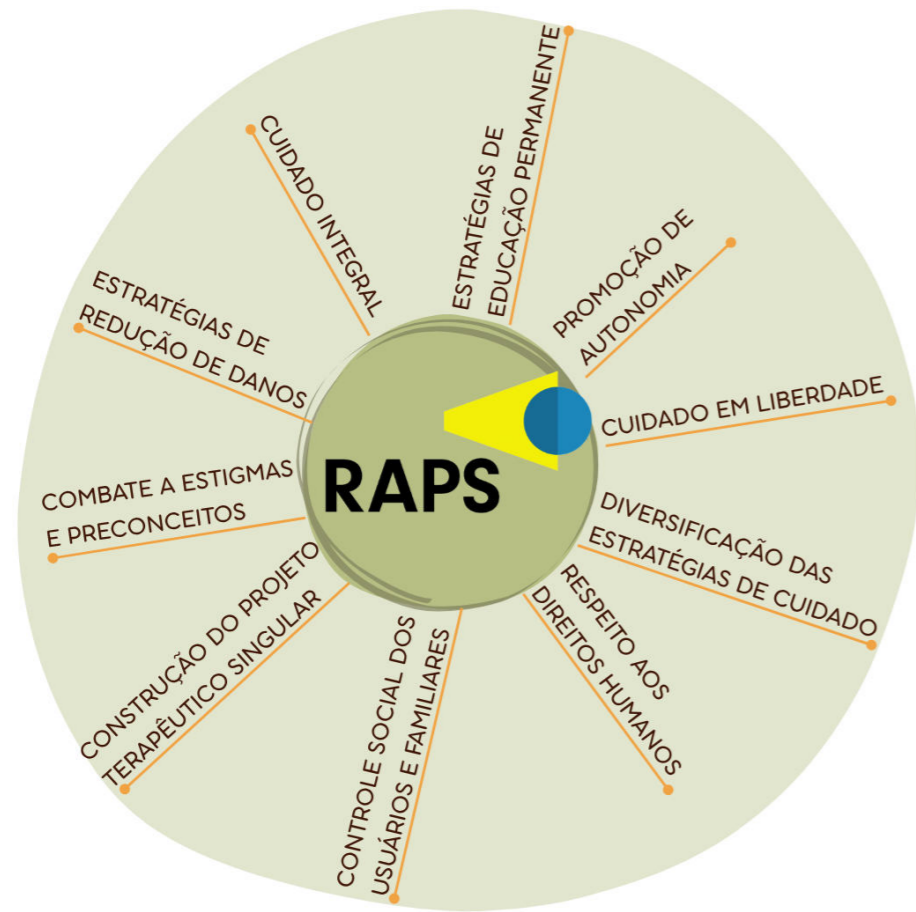
O Ministério da Saúde, com a Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011, "institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)" como uma medida da Política Nacional de Saúde Mental. Essa articulação do MS leva em consideração a Lei Nº 10.216, de 6 de Abril de 2001, que "dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental". Essa lei surge, por fim, como uma regulamentação da assistência humana e respeitosa para com os pacientes, garantindo proteção de qualquer forma de abuso e exploração à pessoa em tratamento e seus familiares ou responsáveis. Promove, também, o tratamento em serviços comunitários de saúde mental, o livre acesso e o direito do conhecimento das informações acerca de sua condição.

Promove, também, o tratamento em serviços comunitários de saúde mental, o livre acesso e o direito do conhecimento das informações acerca de sua condição. Assim, a proposta é assegurar a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade

Com isso, a RAPS no Brasil é definida como o conjunto articulado de pontos de atenção que fazem a cobertura do território, seu serviço é oferecido em rede, de forma que um ponto auxilia o outro com estabelecimento de ações intersetoriais na garantia da saúde mental pública. Pensar na RAPS é compreender a conexão dos serviços de saúde primordiais para o funcionamento de uma cidade e seu caráter humanitário, todos os atores são protagonistas no cuidado integral, tanto as instituições quanto os usuários, sem distinção, de maneira a valorizar a integridade dos pacientes e familiares.



**Diagrama:** Princípios do SUS.  
**Fonte:** Ministério da Saúde, 2000.  
Elaborado pela autora.



**Diagrama:** Princípios para o cuidado na RAPS.  
**Fonte:** Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Ministério da Saúde (2016). Modificado pela autora.

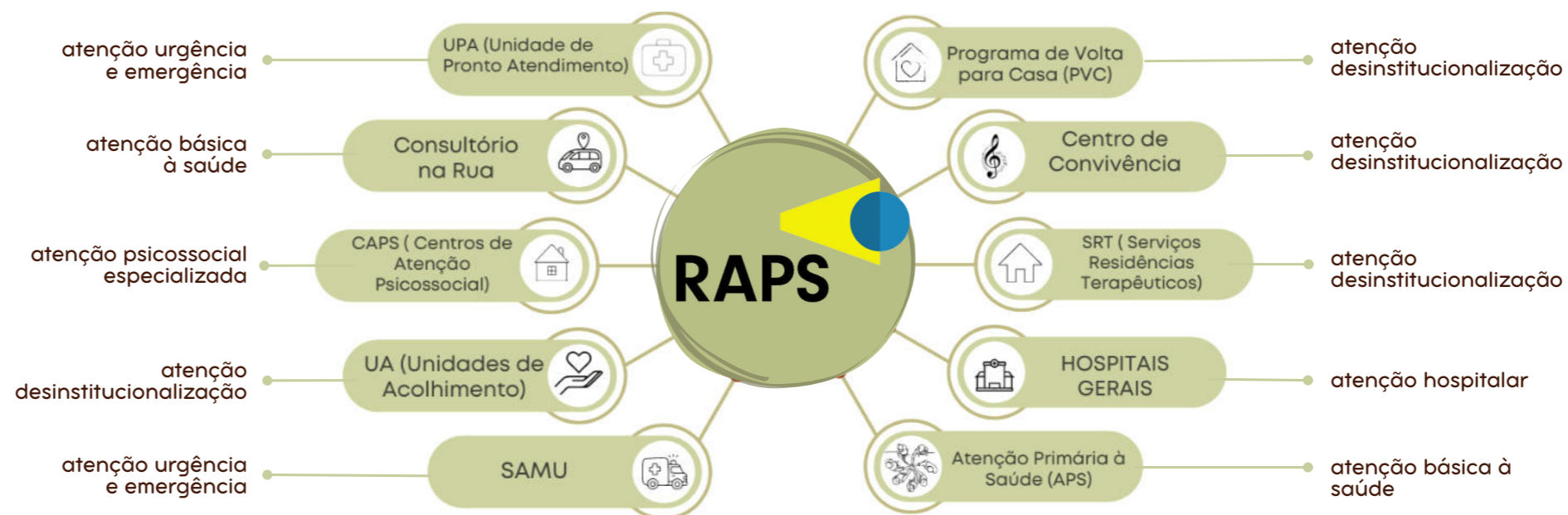
A rede constitui-se a partir dos seguintes equipamentos públicos e componentes: a atenção básica em saúde, formada pelas Unidades Básicas em Saúde e Centros de Saúde Familiar, além dos consultórios de rua; a atenção psicossocial especializada, que é formada pelo CAPS (Centro de Atenção Psicossocial); a atenção de urgência e emergência, constituída por pontos como salas de estabilização e SAMU ou UPA 24h; atenção hospitalar, feita por hospitais gerais ou hospitais psiquiátricos e, por fim, constituem-se também estratégias de desinstitucionalização com programas de Serviços Residenciais Terapêuticos. (MS, 2011).

De maneira prática, a Atenção Primária é o ponto que se constitui como ordenadora do sistema de saúde geral do território, desempenhando o papel de porta de entrada do usuário na rede de atenção, com objetivo de ofertar o acolhimento e identificar e filtrar as necessidades para o correto encaminhamento. A APS se organiza nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nos Centros de Saúde Familiar (CSF) ou Unidade de Saúde Familiar (USF) e nos Consultórios de Rua. Após esse primeiro contato com o equipamento público, essas unidades são responsáveis por identificar a gravidade do caso e a necessidade de encaminhamento. No caso da saúde mental, para pacientes em estado mental leve, o atendimento pode ser realizado na própria APS – caso a unidade ofereça atendimento psiquiátrico, para casos graves ou específicos, uma análise é necessária para concluir se o paciente encontra-se em sofrimento psíquico ou em uma crise.

A partir disso, pacientes em crises são encaminhados para a atenção de urgência e emergência ou para a atenção hospitalar, os quais são representados pelo SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), UPA (Unidade de Pronto Atendimento), CAIS (Centro de Atenção Integral à Saúde) ou hospitais gerais com leito para saúde mental e hospitais psiquiátricos especializados no tratamento.

Caso a análise seja que o paciente está em sofrimento psíquico, que é uma condição mais contínua, o direcionamento é ao CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), de acordo com a natureza da demanda e as classificações dos diversos tipos de CAPS, onde a oferta do cuidado passa a ser em ciclos de consultas ou, a depender da unidade e do caso, até períodos de internação.

**Diagrama:** Pontos de Atenção da RAPS.  
**Fonte:** Ministério da Saúde. Elaborado pela autora.



# CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Os Centros de Atenção Psicossocial são definidos pelo MS pela Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que dispõe da função do CAPS como serviço ambulatorial de atenção diária e que segue a lógica do território, além de seu funcionamento ser independente de estruturas hospitalares, isto é, essas unidades substituem os hospitais psiquiátricos a depender da sua modalidade.

Historicamente, o CAPS surgiu em 1987, em São Paulo, e, após isso, foi continuamente implementado em diversos municípios como um equipamento de saúde que supera o modelo asilar pré Reforma Psiquiátrica, ele que nasce com objetivo de lugar social para indivíduos em condições de sofrimento psíquico. (Ministério da Saúde, 2015).

Nessa perspectiva, o CAPS opera nos territórios, compreendidos não apenas como espaços geográficos, mas territórios de pessoas, de instituições, dos cenários nos quais se desenvolvem a vida cotidiana de usuários e de familiares e constituem-se como um "lugar" na comunidade. Lugar de referência e de cuidado, promotor de vida, que tem a missão de garantir o exercício da cidadania e a inclusão social de usuários e de familiares. (MS, 2015, p. 11).

O tratamento e a essência do CAPS são constituídos no modelo de "portas abertas", em ambientes de livre acesso e acolhedores, inseridos estrategicamente no território das cidades como parte da comunidade. O processo do cuidado é realizado pelo Projeto Terapêutico Singular (PTS), no qual cada usuário e família possuem um plano personalizado de atenção à saúde moldado àquele paciente. Assim, o PTS garante o acompanhamento do usuário conforme os preceitos da RAPS, levando em consideração sua história, cultura e vida cotidiana.

De acordo com a Portaria MS/SAS Nº 854, de 22 de agosto de 2012, os Projetos Terapêuticos Singulares são constituídos por atividades individuais, em grupo, familiares e comunitárias, seguindo as estratégias de acolhimento inicial, acolhimento diurno e noturno, atendimento individual, atenção às situações de crise, atendimento em grupo, práticas corporais, práticas expressivas e comunicativas, atendimento para a família, atendimento domiciliar, ações de reabilitação, promoção da contratualidade, fortalecimento do protagonismo do usuário, ações de articulação de redes intersetoriais, matriciamento entre equipes dos diversos pontos de atenção à saúde no território (como a atenção básica, urgência e hospitalar, delimitados pela RAPS), ações de redução de danos, acompanhamento de serviço residencial terapêutico e apoio a serviço residencial de caráter transitório.

Diante da diversidade dos procedimentos oferecidos e manejados pelo CAPS, torna-se claro que esse equipamento público não se limita apenas ao tratamento mental tradicional, mas preocupa-se com a promoção integral da saúde mental, com foco na inclusão social, no fortalecimento da autonomia do usuário e na construção de vínculos por meio de um cuidado humanizado e territorializado. As práticas desenvolvidas extrapolam as intervenções clínicas do campo da medicina, abrangendo também atividades de caráter humano e comunitário que contribuem significativamente às necessidades mentais desses usuários em sofrimento psíquico.

Os CAPS, portanto, são constituídos nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS AD III e CAPSi, sendo as diferenças entre eles quanto à população, faixa etária e público atendido.

**Tabela:** Modalidades de CAPS.  
**Fonte:** Portaria GM/MS nº 3.088/2011 (Brasil, 2011).  
Elaborado pela autora.

<b>CAPS I</b>	Todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico	Regiões com população acima de 15 mil habitantes
<b>CAPS II</b>	Todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico	Regiões com população acima de 70 mil habitantes
<b>CAPS III</b>	Todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24h	Regiões com população acima de 150 mil habitantes
<b>CAPS AD</b>	Todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente de substâncias psicoativas.	Regiões com população acima de 150 mil habitantes
<b>CAPS ADIII</b>	Todas as faixas etárias apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente de substâncias psicoativas. Proporciona serviços 24h	Regiões com população acima de 150 mil habitantes
<b>CAPSi</b>	Crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico	Regiões com população acima de 70 mil habitantes

Alguns dos pontos que definem esse caráter da RAPS de busca pela desinstitucionalização do acesso à saúde mental são os serviços de apoio à moradia e os centros de convivência e cultura. Esses apoios são oferecidos também após primeiro contato, com a APS, e tem objetivo de levar o cuidado mental a quem não consegue ser encaminhado a uma atenção de urgência, hospitalar ou psicossocial especializada. Os programas de apoio à moradia são as UA (Unidades de Atendimento), os SRT (Serviços Residenciais Terapêuticos) e o PVC (Programa de Volta para Casa). A função desses pontos é levar o atendimento a domicílio ou a pessoas em situação de rua, até mesmo à população que não possui situação cadastral no município e simplesmente não têm acesso aos pontos de atendimento convencionais por não conseguirem se cadastrar. Essas unidades revelam mais uma vez o caráter humanitário da RAPS e o objetivo do SUS de ser igual, universal e integral para toda a população residente no território.

Com os conceitos da RAPS e as classificações do CAPS definidos, conclui-se que, a partir da estrutura apresentada, todos os CAPS atendem a pessoas neurodivergentes em alguma instância, pois o direcionamento dos pacientes é feito independente do diagnóstico, com enfoque no apoio à situação mental percebida no atendimento primário.

Apesar disso, os edifícios do CAPS, que são os espaços físicos preparados para receber esses usuários em situação de fragilidade, não são atualmente projetados para acolher esses indivíduos de maneira completa, pensando nas suas singularidades e na maneira que percebem o espaço.

Sabe-se que a infraestrutura em nível nacional e municipal não é satisfatória para pleno funcionamento da unidade sem interferências, e muito menos para conforto e acolhimento dos usuários do edifício, das pessoas que estão em condições de sofrimento psíquico e serão direcionadas a esse espaço para tratamento e amparo. Por isso, joga-se luz sob essa lacuna no espaço que é próprio para a saúde mental, mas que não é restaurador, não causa conforto e que comporta potencial para até mesmo auxiliar no tratamento dos pacientes.

# ESPAÇO E PERCEPÇÃO

## STEVEN HOLL

Para iniciar o debate na arquitetura, é fundamental compreender que a percepção do espaço possui uma dimensão tanto objetiva quanto subjetiva. A chamada "percepção exterior" – que, segundo Holl, corresponde à dimensão objetiva – refere-se à apreensão dos fenômenos físicos e espaciais. Já a "percepção interior", de caráter subjetivo, está associada aos fenômenos mentais, à construção de significado e às motivações que permeiam o edifício. (Holl, 2014). Kate Nesbitt define a fenomenologia como um método filosófico que enfatiza a relação intrínseca entre sítio, lugar, paisagem e edificação, destacando a interação entre o corpo humano e o ambiente. Segundo a autora, "As sensações visuais, táteis, olfativas e auditivas constituem a parte visceral da apreensão da arquitetura, um veículo que se distingue por sua presença tridimensional." (Nesbitt, 2013, p.31).

Essa abordagem fenomenológica está no cerne da obra *Cuestiones de percepción: fenomenología de la arquitectura*, na qual Steven Holl defende que a arquitetura é a única forma artística capaz de apreender a percepção em sua total complexidade, despertando simultaneamente todos os sentidos humanos. A arquitetura capta a imediatez do tempo, da luz, da sombra, da transparência, bem como dos fenômenos cromáticos, das texturas, das materialidades e dos detalhes, elementos que as representações bidimensionais, como a pintura e a fotografia, encontram limites. (Holl, 2014, p. 9).

Os estudos de Bruno Zevi, na obra "Saber ver arquitetura" (2001), somam-se ao debate indo além, o autor defende o espaço interior como elemento essencial da arquitetura, sendo ele o elemento de distinção das demais artes. Para Zevi, a essência da arquitetura não reside na forma externa, na simetria ou na composição plástica, mas sim no espaço interior, vivenciado e percorrido. É o espaço interno e a ação do habitar humano que caracterizam a arquitetura como tal, diferenciando-a de monumentos e esculturas.

Assim como Holl destaca que a arquitetura é capaz de mobilizar uma percepção sensorial total – integrando tempo, luz, sombra, textura, materialidade e detalhes – Zevi argumenta que a arquitetura só se revela plenamente na experiência dinâmica, no deslocamento do corpo no espaço, na sucessão das perspectivas e na relação temporal que se estabelece com o ambiente. Ambos os autores convergem, portanto, na defesa de uma arquitetura que vai além da contemplação visual estática, sendo apreendida de maneira sensível e imersiva pelo ser humano.

O ser humano torna-se sujeito dos sentidos, vivenciando uma experiência complexa, não verbal, na qual o edifício evoca fenômenos perceptivos por meio do silêncio, e a força geradora reside principalmente na intenção arquitetônica. (Holl, 2024).

A partir dessa perspectiva sensorial, Holl também lança uma crítica à modernidade e aos meios de comunicação, que se revela extremamente atual. Diante do bombardeio constante de informações, o indivíduo tende a se tornar um receptor passivo do espaço que o cerca. O autor defende, assim, um posicionamento ativista da consciência, ressaltando o papel humano de resistir às distrações do mundo contemporâneo e estar presente de forma consciente no espaço habitado, tal como o sujeito dos sentidos. Consequentemente, a arquitetura deve assumir o papel de transformar o observador passivo em um participante ativo do espaço.

O problema da fragmentação temporal da vida moderna e os efeitos destrutivos dos níveis crescentes de saturação midiática – que geram estresse e ansiedade – poderiam ser, em parte, contrabalançados pela desaceleração do tempo na percepção do espaço arquitetônico. (Holl, 2013, p. 26).

Nesse sentido, o conceito da fenomenologia permite compreender como os ambientes impactam diretamente os estados emocionais, sensoriais e físicos dos usuários, sendo um princípio fundamental na concepção de espaços restauradores. Assim, é essencial para o presente estudo que as decisões quanto a projeto, partido, manejo dos espaços, definição de materialidade e até paleta de cores estejam fundamentadas na experiência do usuário, promovendo bem-estar, conforto e conexão com o espaço.

## JUHANI PALLASMAA

Como desdobramento das reflexões de Holl, Juhani Pallasmaa, em "Os Olhos da Pele", amplia a discussão sobre a percepção sensorial na arquitetura, aprofundando a crítica à hegemonia da visão no mundo contemporâneo. Para o autor, a cultura ocidental — especialmente após a modernidade — prioriza excessivamente o sentido da visão como o sentido mais nobre e confiável, tornando a experiência arquitetônica cada vez mais imagética, superficial e desvinculada do corpo, como apenas uma avalanche de imagens.

Pallasmaa defende uma arquitetura que resgate a centralidade dos sentidos táteis, auditivos, olfativos e cinestésicos, pois é por meio deles que o espaço se torna verdadeiramente vivido. A "pele", que dá nome à sua obra, simboliza essa percepção háptica, capaz de conectar o ser humano ao ambiente de forma profunda, por meio da textura, da luz, da temperatura, do som e da gravidade percebida ao se deslocar.

Ele argumenta que toda experiência comovente da arquitetura é multissensorial, medidas pelos olhos, ouvidos, nariz, pele, língua, esqueleto e músculos. (Pallasmaa, 2011, p. 39). Com isso, o autor inicia sua pontuação das características espaciais que criam essas "experiências memoráveis" de um ambiente.

Nos jogos de sombras e luz, defende-se o uso de luz fraca para reprimir a visão e estimular o pensamento claro e a fantasia humana, uma vez que a luz forte impacta e paralisa a imaginação ao criar foco para o ponto de luz, fazendo com que a mente humana ignore os outros sentidos.

Na questão acústica, Pallasmaa apresenta a audição como mecanismo de entendimento do espaço, à medida que a visão alcança a paisagem, a audição a recebe, criando conexão e solidariedade. Para ele "cada prédio ou espaço tem seu som característico de intimidade ou monumentalidade, convite ou rejeição, hospitalidade ou hostilidade" (Pallasmaa, 2011, p.48). Na modernidade, nossos ouvidos foram cegados para o som real dos espaços por ambientes amplos e vazios, com tratamentos acústicos e músicas de fundo.

Já na experiência aromática, o olfato é capaz de alcançar memórias e experiências já esquecidas pela visão, promovendo a fantasia e a emoção que o autor defende que a arquitetura deve ser capaz de encontrar. "As narinas despertam uma imagem esquecida e somos convidados a sonhar acordados" (Pallasmaa, 2011, p.51).

Por fim, as mãos são tratadas como um organismo essencial humano, de impressões sensoriais, de cultura, de instrumento, o toque faz-se como um receptor de texturas, peso, densidade e temperatura. O tato torna os ambientes íntimos, próximos do corpo, é pela pele que o conforto é transmitido ao aconchegar-se, seja pela temperatura, pela textura, ou por um sabor memorável, todos são transmitidos pelo tato.

"Percepção, memória e imaginação estão em interação constante; a esfera do presente se funde com imagens de memória e fantasia. Continuamos construindo uma imensa cidade de evocações e recordações, e todas as cidades que visitamos são ambientes desta metrópole que chamamos de mente." (Pallasmaa, 2011, p. 64).

Por fim, a abordagem sensorial é especialmente relevante na arquitetura aplicada à saúde mental, considerando que pacientes em sofrimento psíquico podem apresentar hipersensibilidade ou hipossensibilidade<sup>6</sup> aos estímulos. Assim, o ambiente precisa atuar como mediador, promovendo equilíbrio, conforto e segurança sensorial. Projetar espaços restauradores, portanto, vai além da função — significa criar atmosferas que favoreçam a reintegração subjetiva, sensorial e social, fortalecendo a identidade e o pertencimento do indivíduo.

Pallasmaa afirma que "A tarefa mental essencial da arquitetura é acomodar e integrar. A arquitetura articula a experiência de se fazer parte do mundo e reforça nossa sensação de realidade e identidade pessoal; ela não nos faz habitar mundos de mera artificialidade e fantasia" (Pallasmaa, 2011, p.11). O espaço torna-se então um instrumento ativo no cuidado, capaz de proteger, acolher e reconectar, refletindo quem o habita e contribuindo tanto para atender às demandas desses pacientes quanto para combater o estigma associado aos transtornos mentais, fortalecendo, assim, a construção da identidade pessoal que o autor defende.

<sup>6</sup> Pessoas hipersensíveis e hipossensíveis apresentam diferentes maneiras de perceber as informações relacionadas ao olfato, visão, paladar, audição ou tato. A hipersensibilidade corresponde aos casos de extrema resposta aos estímulos sensoriais, os indivíduos podem ser facilmente sobrecarregados pelas informações do ambiente, como sons altos ou repentinos, tornando-o aterrorizante e estressante. Já os casos de hipossensibilidade são pouco responsivos, como se certas informações sensoriais passassem despercebidas ou como se algum dos sentidos estivesse fisiologicamente prejudicado. (Gaines et al, 2016).

# O LÚDICO

## JOHAN HUIZINGA

No livro "Homo Ludens" (2007), Johan Huizinga traz uma reflexão filosófica sobre a importância do lúdico na formação da cultura. Para o autor, o jogo não se restringe à infância ou ao entretenimento, mas é um elemento essencial da experiência humana, fundamentando o surgimento da linguagem, da ciência, da arte e da própria organização social. Trata-se de uma atividade livre e espontânea, realizada dentro de um espaço e tempo próprios, regida por regras e significados específicos, oferecendo uma pausa da rigidez da vida cotidiana.

Na arquitetura, no contexto da saúde mental, compreender o espaço como um território capaz de assumir essa função lúdica significa torná-lo agente do acolhimento, bem-estar e redução de resistências emocionais. Isto é, o espaço, ao assumir características que despertam a curiosidade, o conforto, a informalidade ou encantamento, o ambiente contribui para a construção de vínculos e a aceitação do processo de cuidado.

Sobretudo, para um projeto de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que se propõe a atender públicos infantis e adultos, o desafio está em estabelecer um partido arquitetônico que delimite claramente os espaços de cada grupo, garantindo segurança, privacidade e conforto, mas que, ao mesmo tempo, permita a criação de zonas de transição e convivência, quando apropriado, favorecendo a troca, o afeto e a coletividade. Até mesmo espaços como a recepção — geralmente associados à espera e à ansiedade — podem ser projetados como dispositivos de "desarme emocional", oferecendo ao paciente uma primeira experiência de conforto, pertencimento e acolhimento, fundamental para sua relação com o ambiente terapêutico.

# DESIGN INCLUSIVO

## MAGDA MOSTAFA

Magda Mostafa é uma arquiteta egípcia pioneira na pesquisa sobre arquitetura inclusiva através das lentes do autismo e da neurodiversidade. A relação corpo humano e ambiente já foi muito explorada na arquitetura, porém, este é um público no qual, segundo ela, poucos pesquisadores direcionaram seu olhar e o qual as especificidades ainda são pouco consideradas, público este que encontra-se "à margem da margem". (Mostafa, 2016). Em entrevistas, a autora tece críticas ao modelo tradicional de ensino e prática da arquitetura, que parte de um padrão de corpo, altura, gênero, capacidades físicas, mentais e forma de habitar, que acaba excluindo estatisticamente a maior parte dos usuários no processo de concepção dos espaços.

Eu acredito na nossa responsabilidade como designers. Designers tem um incrível controle sobre nossas vidas cotidianas, eles tomam decisões por nós, eles decidem como interagimos com nossas cidades, como interagimos com uma sala como esta, como nos comunicamos uns com os outros, como trabalhamos em nossos escritórios e aprendemos em nossas escolas. E isso é um poder incrível. Mas eu também acredito que com esse poder e responsabilidade nós temos a obrigação de garantir que estamos projetando para todos. (Mostafa, 2016).

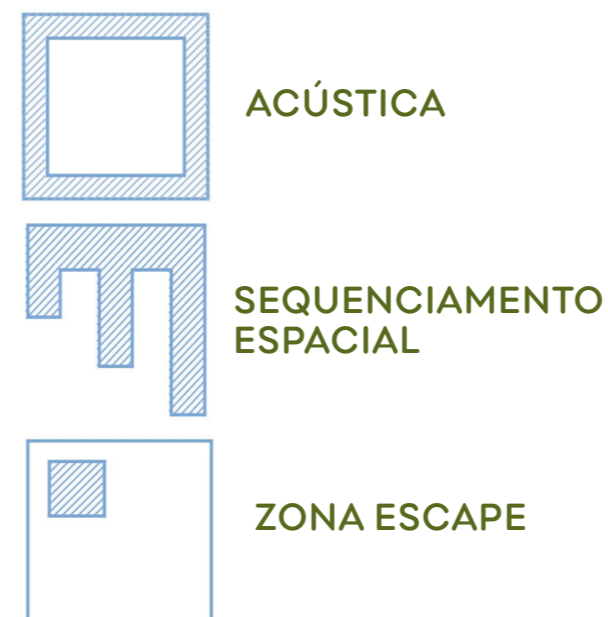
A partir dessa reflexão, em sua extensa pesquisa ela desenvolve o "Autism ASPECTSS Design Index" (Mostafa, 2015), onde apresenta como resultado sete diretrizes de arquitetura e design para abordar o ambiente e facilitar o comportamento positivo para pessoas no espectro autista. Nesta presente pesquisa e para o desenvolvimento do projeto do CAPS, considerou-se que esses critérios são também úteis para as diversas neurodivergências, uma vez que são pontos aplicáveis projetualmente em espaços físicos e o público também faz parte do foco de estudo da autora. Portanto, os sete pontos propostos por mostafa serão usados como embasamento para o partido e o planejamento racional dos espaços. São eles:

### Acoustics (Acústica):

O sentido da audição pode ser extremamente delicado para pessoas autistas ou em condições psíquicas com realidades parecidas, pois, para muitos, os ruídos comuns do dia a dia são agressivos e podem até desencadear crises. Mas ao mesmo tempo, é importante deixá-los serem guiados pelos ouvidos e serem introduzidos durante o tratamento a esse mundo externo gradualmente, se adaptando aos sons. Portanto, o equilíbrio e o manejo correto dos espaços com o tratamento acústico adequado para evitar tanto ruídos desagradáveis quanto o completo cegamento da audição é imprescindível para o conforto desses pacientes no espaço e para entendimento de seu próprio tratamento.

### Spatial Sequencing (Sequenciamento Espacial):

A autora expõe que a melhor maneira de lidar com pessoas autistas seria apresentar e trabalhar com o que eles gostam e direcionam o seu foco, e a previsibilidade e a repetição são muitas vezes características descritas como calmantes para esses indivíduos. Assim, criar espaços amplos, confusos e sem ordenamento racional pode gerar confusão no paciente e causar estresse, de maneira oposta, o sequenciamento espacial o direciona e prende a sua atenção, fazendo o se conectar mais fortemente com o ambiente que o cerca e evitar distrações externas. É chamado por Mostafa também como "affinity therapy", que significa terapia feita a partir da afinidade, e isto, na área da saúde, pode ser de grande valor terapêutico para lidar com pacientes neurodivergentes desfocados, trazendo um retorno mais eficiente ao trabalhar com assuntos do interesse do indivíduo em seu próprio tratamento.



### Escape space (Zonas de Escape):

Quando há os momentos de crises e o indivíduo sente-se sobrecarregado pelo ambiente externo, é primordial pensar em um espaço de refúgio, no qual permita o recolhimento e introspecção, onde ele pode estar sozinho e restabelecer suas emoções, para então retornar às atividades externas. Esse tipo de espaço é fundamental durante um processo de tratamento no qual o paciente está aprendendo a lidar com suas emoções e está sendo apresentado a situações incomuns e estressantes para ele, como o contato com estranhos ou inserção em grupos coletivos de terapias, além de atividades de lazer social.

### Compartmentalization (Compartimentalização)

Espaço carregados de informações, com estímulos sensoriais muito distintos e diversas tarefas acontecendo ao mesmo tempo pode ser confuso para esse grupo de pessoas, portanto, o ideal é projetar de maneira a quebrar o espaço em partes e agrupar essas pequenas partes de acordo com a atenção exigida e o nível sensorial. Assim, a compartimentalização garante a estabilidade dos estímulos a partir do agrupamento de atividades que convergem entre si, e o afastamento de certas atividades que necessitam de outra atenção sensorial do usuário. Para um CAPS, os dormitórios devem estar devidamente afastados de áreas de intenso fluxo e estímulo como a recepção.

### Transitions (Espaços de Transição):

A transição trabalha com a passagem sutil entre esses espaços compartimentalizados, pois a mudança abrupta de nível visual, sonoro, auditivo e tátil pode causar estresse e criar uma quebra no ritmo do usuário. Assim, entre uma área e outra a transição – que pode ser por meio de varandas, jardins internos, ou variações de luz e materiais – faz-se necessária para que o paciente regule seus sentidos e se prepare para o próximo ambiente, diferente do anterior.

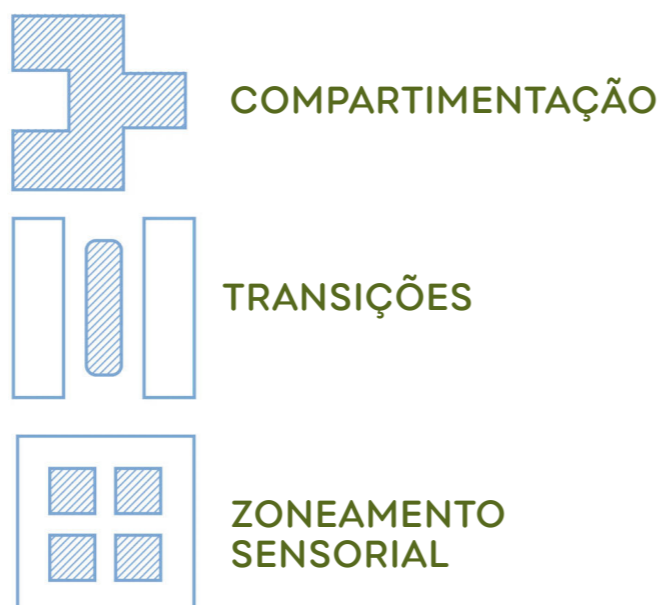
### Sensory zoning (Zoneamento Sensorial):

Organizar o espaço a partir da função e utilidade é uma habilidade já presente no comum ato de projetar para arquitetos e designers, porém, para autistas e neurodivergentes, o espaço deve ser também dividido a partir dos sentidos pois isso é o que esses indivíduos entendem e absorvem dos ambientes. Dessa forma, assim como na compartimentalização, espaços de altos estímulos como o atendimento coletivo ou o ambiente de convivência devem ficar próximos entre si e os de baixo estímulos como os dormitórios, banheiros e a sala de atendimento individual também devem ficar próximos, evitando a mistura de níveis sensoriais.

### Safety (Segurança):

Ao se projetar para pessoas com percepções diversas e instabilidade emocional, a segurança não pode ser ignorada, principalmente em um projeto voltado para o tratamento mental, que pode desencadear gatilhos nos pacientes. A segurança deve garantir que esse paciente não se machuque e que não haja fugas, principalmente ao se projetar para crianças, ou adultos com idade mental infantil, uma atenção deve ser reservada à possíveis acidentes domésticos como cortes, queimaduras, quedas ou qualquer perigo que se possa correr ao ter acesso direto à rua. Com isso, mesmo que o CAPS, alinhados aos conceitos do SUS, trabalhe no modelo "de portas abertas", com acesso livre, a segurança do paciente não pode ser prejudicada e esse manejo dos acessos torna-se uma particularidade e um desafio deste projeto.

"A arquitetura pode realmente ajudar autistas".  
(Mostafa,2016)



# ESPAÇOS RESTAURADORES

"O ambiente materializa as psicologias daqueles que vivem nele. É utilizado para atribuir significado, promover identidade, localizar a pessoa social, cultural e economicamente." (Moser, 2003, p. 332).

Há cerca de cem anos, a precursora da observação dos efeitos do meio ambiente sobre os pacientes foi Florence Nightingale, a fundadora da enfermagem moderna como conhecemos atualmente. Em suas obras "Notes on Nursing" e "Notes on Hospitals", ambos de 1859, ela relaciona ambiente físico à saúde e à psicologia, de maneira a conduzir o olhar sobre os projetos de espaços para saúde e direcionou toda essa pesquisa em relação a recuperação do paciente e a necessidade de um espaço restaurador. Suas obras foram fortes influências na arquitetura hospitalar e no debate em todo o mundo.

Os estudos nos campos de psicologia e arquitetura tentam se tocar na concepção de ambientes saudáveis e restauradores, assim, a interferência entre o ser humano e o ambiente natural são analisados para buscar a saúde a partir de um espaço que seja capaz de gerar afinidade, conforto e afetividade. Dessa forma, os elementos que desencadeiam prazer e desprazer humano no espaço foram estudados em prática por diferentes autores.

O conceito de "ambientes restauradores" surgiu na década de 1980 a partir dos estudos de Rachel e Stephen Kaplan (Kaplan & Kaplan, 1989; Kaplan, 1995) e Roger Ulrich (Ulrich, 1983, 1984). Nos estudos de Ulrich, o estresse foi destacado como a resposta psicofisiológica dos indivíduos a situações ameaçadoras e estressantes que provocam sensações negativas ao seu bem estar. Com isso, o oposto dessa sensação foi estudado por Kaplan e Kaplan, definindo o processo de restauração e restabelecimento dos aspectos físicos, psicológicos e sociais a partir de elementos e situações agradáveis e positivas para os pacientes. Contudo, destaca-se que, apesar das duas teorias contribuírem diretamente para a elaboração do conceito, uma teoria não é consequência da outra e elas ocorrem de maneira simultânea e individual, de modo que os fatores estressantes não necessariamente explicam o fator restaurador (Hartig & Staats, 2003).

## ROGER ULRICH

### Teoria da Recuperação Psicofisiológica ao Estresse - PET (1984)

Em 1984, Roger Ulrich propôs a estrutura de redução psicológica do estresse a partir da teoria da recuperação psicofisiológica ao estresse, na qual destaca a percepção visual e estética dos ambientes, assim como a resposta afetiva a eles associada.

O autor tece uma análise a partir da recuperação de pacientes pós cirúrgicos submetidos ao mesmo quadro clínico, em um hospital na Pensilvânia, entre 1972 e 1981. No estudo, as diferentes configurações dos leitos interferiram na melhora dos pacientes, com isso nasce a ideia de "a visão através de uma janela pode influenciar a recuperação da cirurgia" (Ulrich, 1984), que dá título a sua pesquisa. Assim, ele descobriu que os pacientes que estiveram em contato com o ambiente externo e a natureza revelaram redução no tempo de internação, na quantidade de medicamentos administrados e receberam menores avaliações negativas da equipe médica, enquanto os que visualizam o cenário urbano do muro vizinho apresentavam-se mais debilitados e não acompanharam as melhorias do outro grupo.

A conclusão foi que, de forma inconsciente, o ser humano toma decisões afetivas, de aproximação ou repulsão, modela comportamentos e mobiliza recursos fisiológicos como mecanismo de defesa diante das adversidades da vida cotidiana. (Gressler, Günter, 2013).

Conforme Ulrich, indivíduos imersos em situações estressoras necessitam estar cercados por ambientes visualmente prazerosos capazes de estimular uma conexão sensorial entre corpo e espaço. Tais ambientes favorecem a contenção do estado de vigília<sup>7</sup> humano e promovem o bem-estar, à medida que auxiliam na redução do estresse e da excitação fisiológica para níveis mais moderados ao desencadear essas respostas emocionais positivas.

### Teoria do Design de Suporte (1991)

Roger Ulrich destaca a maneira tradicional de se pensar ambientes hospitalares como "psicologicamente duros" e fracassados, pois são ambientes que não captam a atração de novos pacientes devido dos seus espaços estressantes, frios e "duros", não somente para os pacientes mas para os visitantes e trabalhadores. Assim, um ambiente hospitalar que cause dor, estresse, incômodos auditivos e visuais, invasão de privacidade e pouco suporte não cumpre com seu papel de catalisador da saúde. Portanto, para promover o conforto do usuário, é intrínseco que o ambiente seja pensado para evitar o estresse, o maior obstáculo para a cura. (Ulrich, 1991).

A partir da sua teoria inicial da recuperação psicofisiológica ao estresse, Ulrich delimita alguns critérios para o planejamento de ambientes promotores do bem-estar e complementares ao tratamento médico, considerados como elementos de humanização do ambiente hospitalar.

Os pontos são: o **controle pessoal**, o **suporte social** (de amigos, familiares e profissionais) e fácil acesso a **distrações positivas** (ambientes que auxiliem no distanciamento de pensamentos estressantes e fomentem experiências agradáveis). A sua ideia é que as estruturas de saúde como um todo devem avançar ao básico tratamento médico e alcançar campos complementares para proporcionar a recuperação plena do paciente.

O primeiro elemento, o controle do ambiente, parte da ideia de que toda situação incontrolável causa estresse e aversão. Nesse sentido, oferecer autonomia ao indivíduo o permitindo controlar o ambiente a sua volta – como ajustar a temperatura, a iluminação, o volume da televisão ou a organização de objetos pessoais e da mesa de cabeceira – proporciona não apenas uma sensação de domínio sobre o espaço físico, mas também sobre seus próprios sentidos. Assim, mesmo que as condições sejam de vulnerabilidade psicológica, essa autonomia contribui para o fortalecimento da autoestima e da sensação de segurança no paciente.

O critério do suporte social baseia-se nos benefícios emocionais garantidos a partir do contato frequente com familiares, amigos ou até mesmo a convivência em comunidade dentro do próprio equipamento de saúde, ofertando atividades coletivas sociais. Esse contato humano e, principalmente, apoio de diversos campos é primordial para o acolhimento e sensação de inclusão e bem-estar, reforçando ao indivíduo que ele está sendo visto e cuidado.

Para viabilizar esta estratégia a nível de projeto, tanto a presença das atividades, um dormitório bem preparado, quanto o próprio layout pode sugerir o contato entre usuários, utilizando, por exemplo, mobiliários como poltronas e sofás dispostos frente a frente, incentivando a interação social. Além disso, ambientes como cafeterias, espaços de descanso, pátios e áreas para estudo, que possuem barreiras sociais mais sutis, também contribuem para o fortalecimento desse suporte social.

O último atributo abordado por Ulrich, as distrações positivas, apoia-se na psicologia ambiental para evidenciar as sensações de bem-estar e conforto causadas a partir do ambiente construído sensorialmente. No desenvolvimento do espaço restaurador, é essencial considerar as diferenças individuais entre os pacientes, deve-se pensar tanto na hipersensibilidade quanto na hipossensibilidade. Portanto, o projeto deve buscar um equilíbrio cuidadoso na composição dos estímulos, de modo que estes sejam suficientes para atrair e direcionar positivamente a atenção sem gerar desconforto, sobrecarga sensorial ou até crises. O ambiente deve evitar tanto a escassez de estímulos, que pode levar à sensação de desconexão e permitir distrações negativas, quanto o excesso, que pode gerar estresse, ansiedade e sensação de ameaça.

A aplicação desses princípios contribui para a criação de espaços mais inclusivos e adaptados às variadas necessidades sensoriais de pacientes com transtornos mentais. Ao promover autonomia, interação social e sensação de segurança, o ambiente favorece significativamente a recuperação e o bem-estar dos usuários. Assim, o projeto arquitetônico deixa de ser apenas um cenário físico e passa a desempenhar um papel ativo no processo terapêutico, reforçando a importância de um design sensível, acolhedor e humanizado nos espaços de cuidado em saúde mental.

Por fim, Roger Ulrich trata com bastante ênfase a relação entre interior e exterior a partir da presença da vegetação, que é pontuada como uma das distrações positivas mais importantes em um ambiente hospitalar. A natureza tem o poder de capturar a atenção do indivíduo e promover o equilíbrio sensorial, estimulando visão, sons, cheiros e, quando direto, o toque, que proporcionam a sensação de calma e despertam emoções positivas (Ulrich, 1990).

Dessa forma, um ambiente de cuidado com a saúde assertivo deve articular os elementos arquitetônicos em função da conexão interior e exterior. Trata-se, portanto, de uma estratégia projetual simples, economicamente viável e amplamente aplicável, capaz de qualificar os espaços de tratamento, melhorar a eficiência do atendimento e gerar impactos positivos no cuidado e na eficiência dos serviços de saúde, especialmente na saúde mental, onde o emocional dos pacientes exerce um papel ainda mais determinante no processo terapêutico.

-----  
<sup>7</sup> A exigência ligada ao excesso de tomada de decisões pode causar estresse. As consequências do estresse são autorrelatadas de emoções negativas e, em um curto período de tempo, mudanças negativas do sistema fisiológico e aumento da atenção automática, isto é, da vigilância. (Gressler, Günter, 2013, p.3).

## RACHEL KAPLAN E STEPHEN KAPLAN

### Teoria da Restauração da Atenção (1989)

Stephen e Rachel Kaplan também contribuíram significativamente para o desenvolvimento da teoria dos espaços restauradores, após anos de pesquisa no campo da cognição ambiental. Os autores destacam a atenção humana como fator dinâmico e em constante mudança, influenciável pelo ambiente. Há uma distinção entre atenção direta, que exige esforço e foco, da atenção indireta, ou fascinação, que ocorre de forma espontânea e sem desgaste cognitivo. Para os autores, essa fascinação representa uma pausa necessária após horas no ciclo de esforço de atenção comuns da vida cotidiana, que culmina na fadiga mental, sendo essencial para o descanso e recuperação das funções cognitivas. (Gressler e Günter, 2013).

S. Kaplan (1995) explica que a fadiga é responsável pelas dificuldades em coordenar atividades diárias que demandam concentração direta, provocando distrações negativas que podem resultar em irritabilidade, redução da sensibilidade social, aumento de erros e dificuldades no planejamento, que podem trazer efeitos psicológicos muito negativos a longo prazo.

No âmbito da saúde mental e da permanência no espaço de tratamento, as atividades diárias, o excesso de informações e ambientes pouco estimulantes, somados à vulnerabilidade emocional, podem causar uma sobrecarga no paciente, evidenciando a necessidade de espaços que proporcionem essa pausa.

Nesse contexto, a teoria da restauração da atenção sugere alguns fatores promotores da restauração, eles são: a **fascinação**, o **afastamento**, a **extensão** e a **compatibilidade**.

A fascinação, como anteriormente apresentada, corresponde à forma de atenção involuntária e espontânea, que permite a inibição dos estímulos de foco e o descanso e restauro mental da atenção direta. Ela é variável a níveis de fascinação "soft" e "hard", a primeira contempla um caráter mais reflexivo e estético, como apreciar ambientes naturais e visualmente agradáveis, paisagens e pôr do sol, e é mais indicada para restauração mental. Já a segunda é mais relacionada a ausência de reflexão, aguça a atenção mas de forma mais divertida e busca o entretenimento, como assistir a eventos esportivos.

O afastamento refere-se ao ato de se distanciar das experiências estressantes da vida cotidiana, do excesso de informações e das obrigações casuais, porém ele acontece mais conceitualmente do que físico. De maneira que o ambiente restaurador seja capaz de desconectar sensorialmente o indivíduo de suas preocupações e pressões diárias, oferecendo um refúgio temporário das distrações indesejadas no momento da recuperação.

Esse fator é primordial na concepção de edifícios voltados à saúde, tornando-se essencial a aplicação desta teoria em espaços de recepção do edifício, de modo que o paciente consiga se afastar do que impacta seu emocional e possa se preparar para a consulta médica e as atividades que serão desenvolvidas.

O terceiro fator, a extensão, apresenta a capacidade do ambiente de proporcionar imersão em um ambiente conceitual e planejado para exploração e interpretação por parte do usuário, promovendo a interação com senso de pertencimento e conexão. Dessa maneira, o indivíduo se sente protagonista do espaço habitado e do seu próprio tratamento, afastando-se do tédio e percebendo o ambiente como uma extensão de si mesmo.

O último ponto corresponde à compatibilidade e relaciona as inclinações pessoais, os propósitos e o suporte ao cuidado em encontro com as atividades no ambiente, isso garante menor esforço mental ao usuário e evita a fadiga.

Os ambientes hospitalares humanizados fundamentados no conceito dos espaços restauradores tornam-se espaços capazes de ir além da função técnica e assistencial, contribuindo ativamente para o bem-estar emocional e cognitivo dos pacientes. A aplicação dos fatores — fascinação, afastamento, extensão e compatibilidade — permite que esses ambientes reduzam os níveis de estresse, minimizem a sobrecarga mental e favoreçam o enfrentamento das demandas emocionais vivenciadas por esse grupo em sofrimento psíquico.

Nesse contexto, projetar espaços que promovam conforto sensorial, conexão com a natureza, estímulos visuais agradáveis e que estejam alinhados às necessidades dos usuários é uma estratégia fundamental para potencializar os processos terapêuticos. Incorporar esses conceitos no desenvolvimento de um CAPS não é apenas uma escolha estética ou de conforto, mas uma concepção alinhada às evidências científicas sobre a promoção da saúde mental, da recuperação e do cuidado integral, que também são princípios da RAPS.

# 3

## **ESTUDO DE SIMILARES**

# CENTRO MAGGIE DE LANARKSHIRE

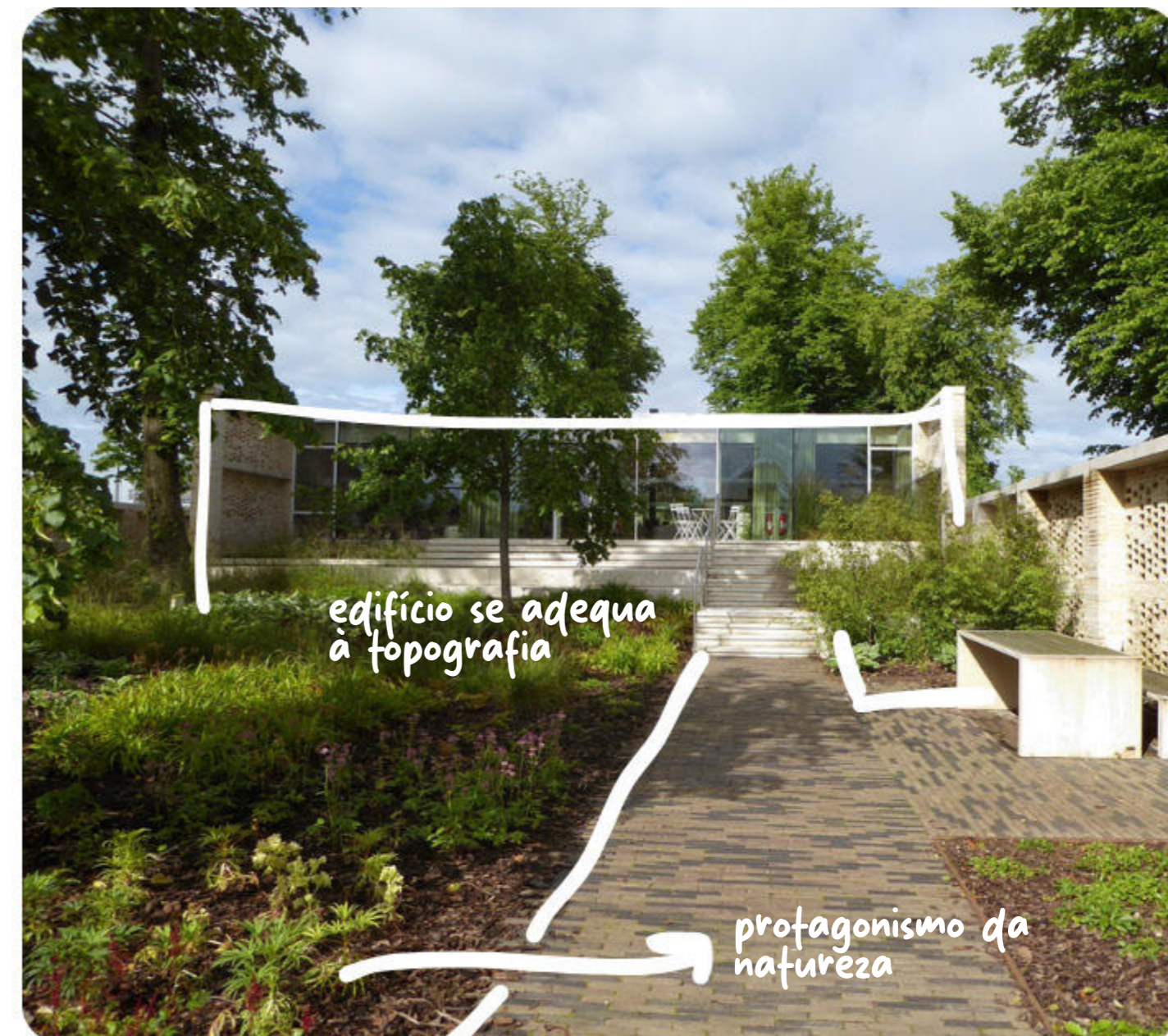
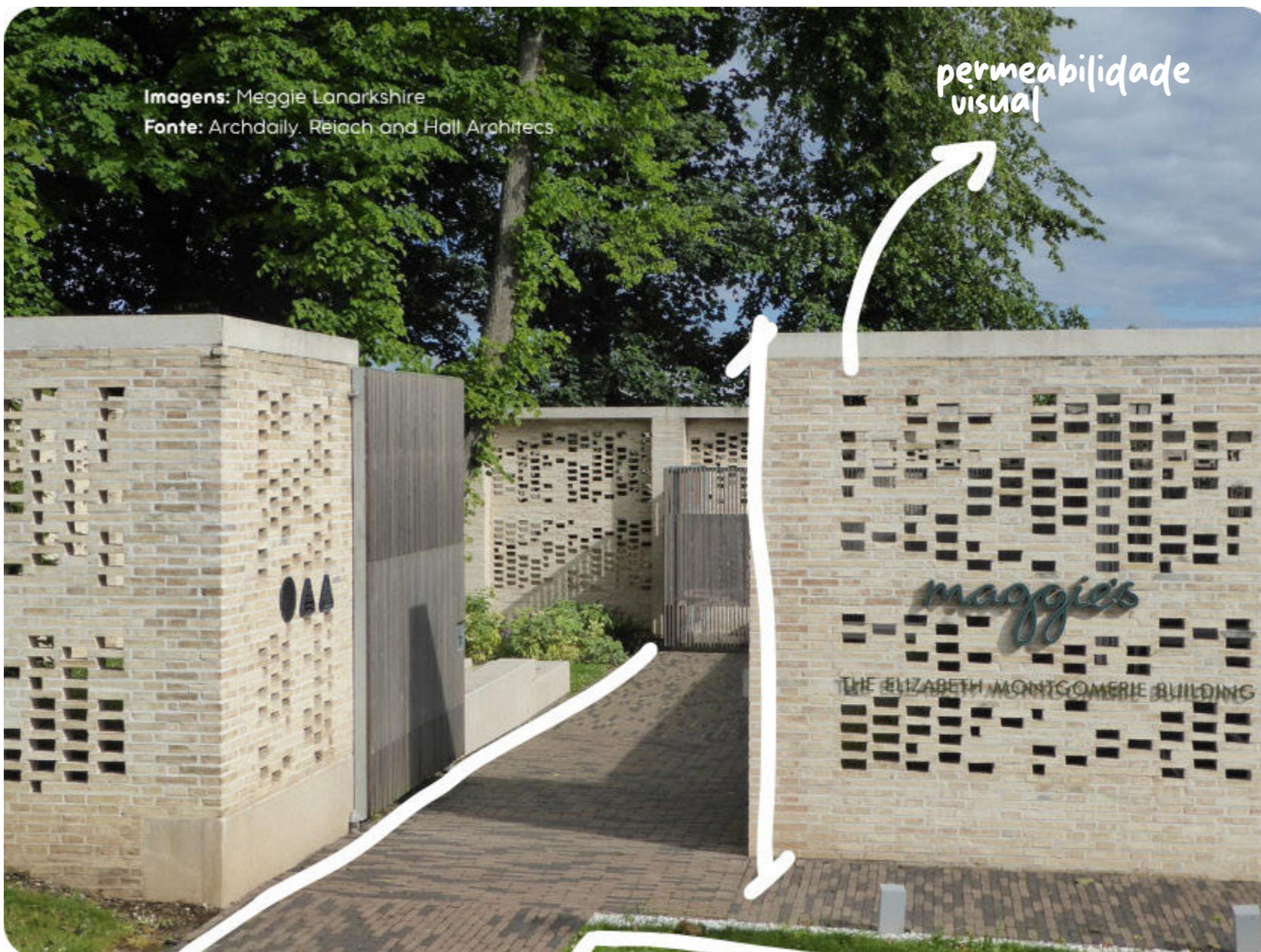
**NOME:** Meggie Lanarkshire

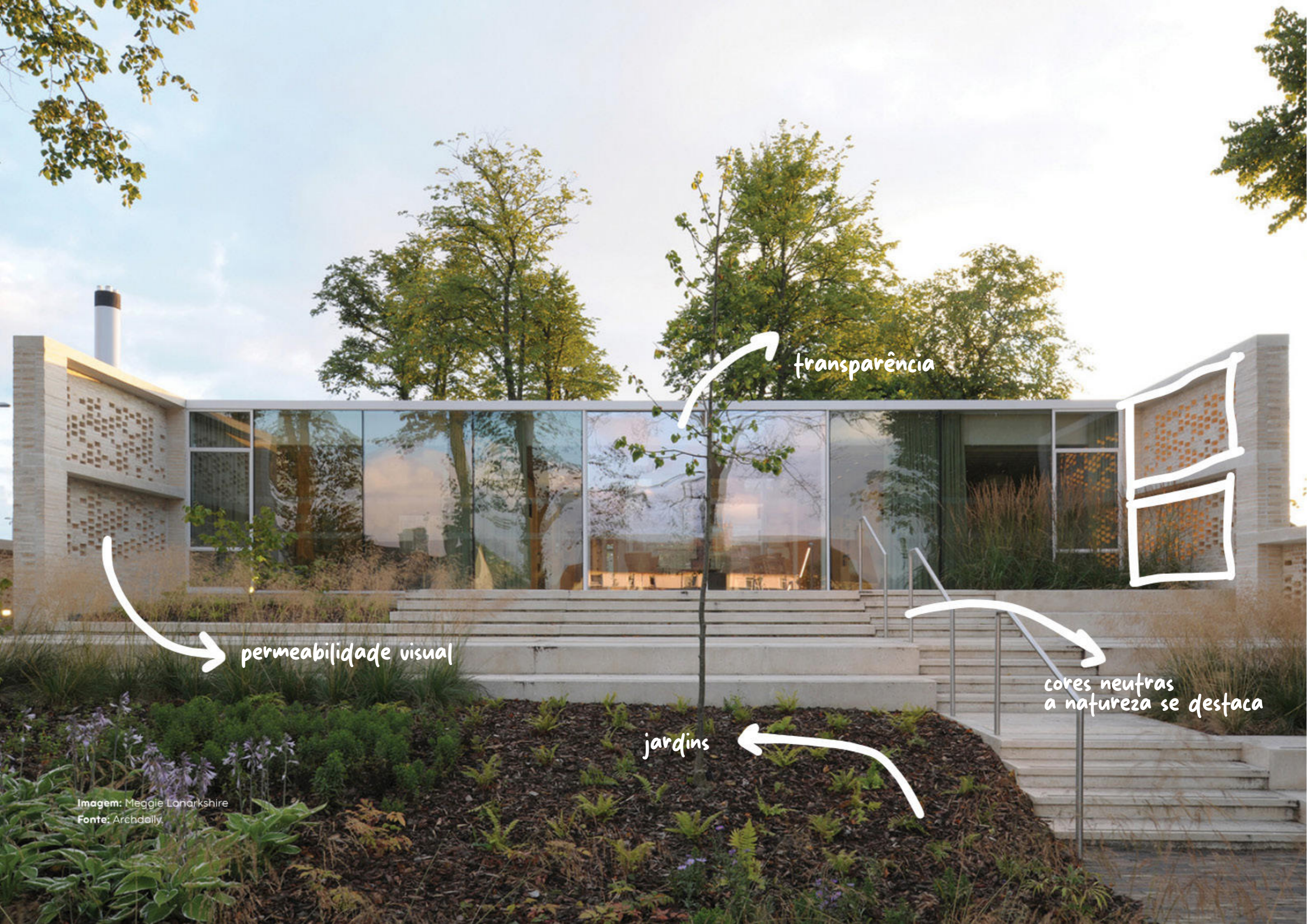
**LOCAL:** Airdrie, Reino Unido

**DATA:** 2014

**ÁREA:** 300m<sup>2</sup>

**ARQUITETOS:** Reiach and Hall Architect





transparência

permeabilidade visual

jardins

cores neutras  
a natureza se destaca

Imagem: Meggie Lonarkshire  
Fonte: Archdaily.



solução falude



Imagens: Meggie Lanarkshire  
Fonte: Archdaily, Reisch and Hall Architects

muro de fíjolinhos em desniveis





envolvido por vegetação

Imagens: Planta Cobertura Meggie Lanarkshire  
Fonte: Archdaily, Relach and Hall Architects



escala doméstica

pátio interno cercado pelo muro de tijolinhos

Imagens: Corte AA Meggie Lanarkshire  
Fonte: Archdaily, Relach and Hall Architects

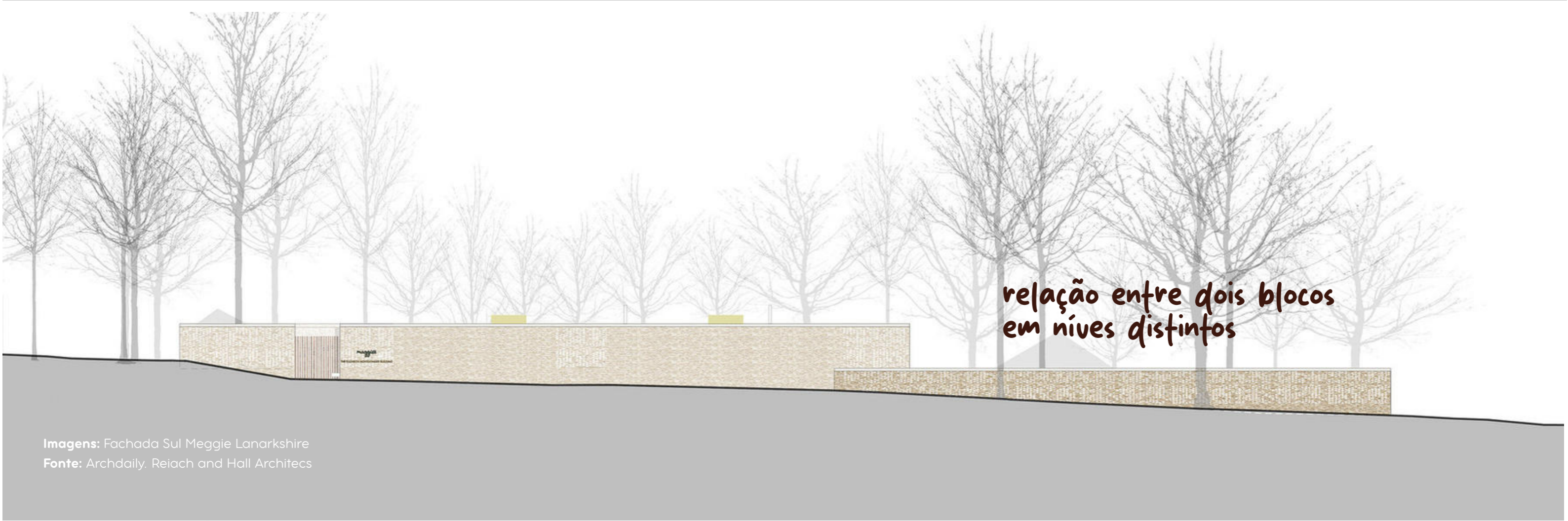
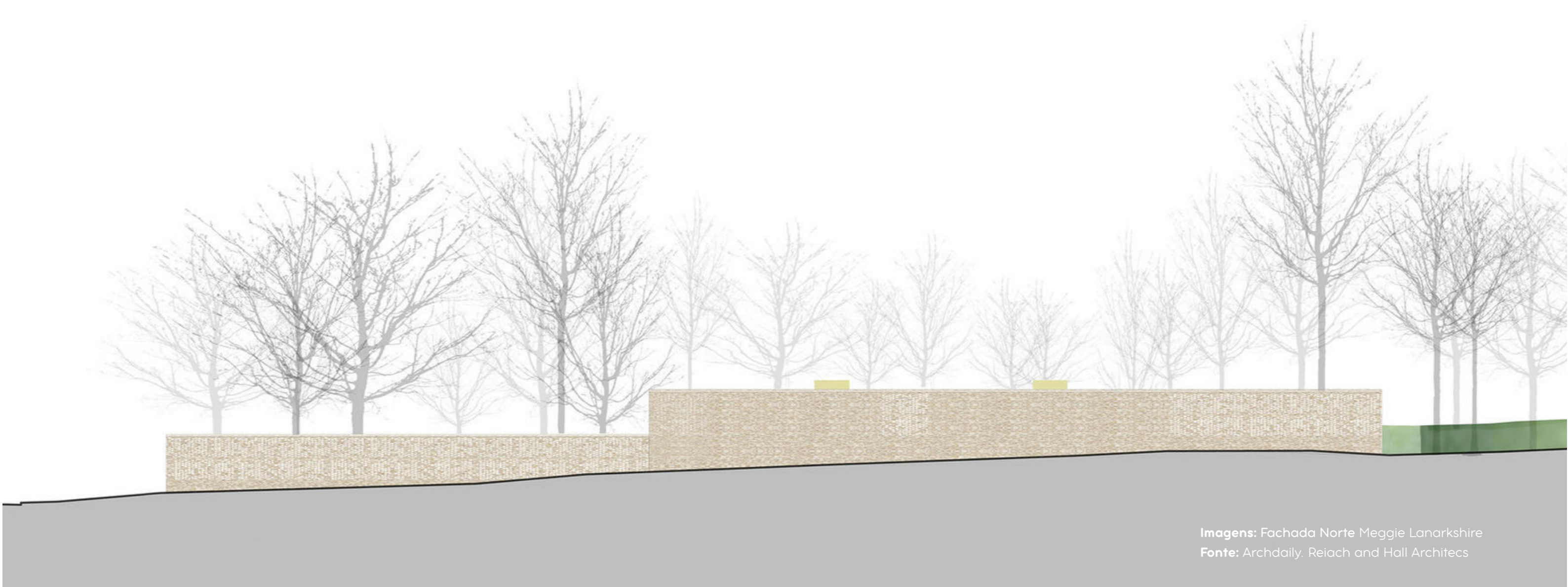


**Imagens:** Planta Cobertura Meggie Lanarkshire  
**Fonte:** Archdaily. Reiach and Hall Architects



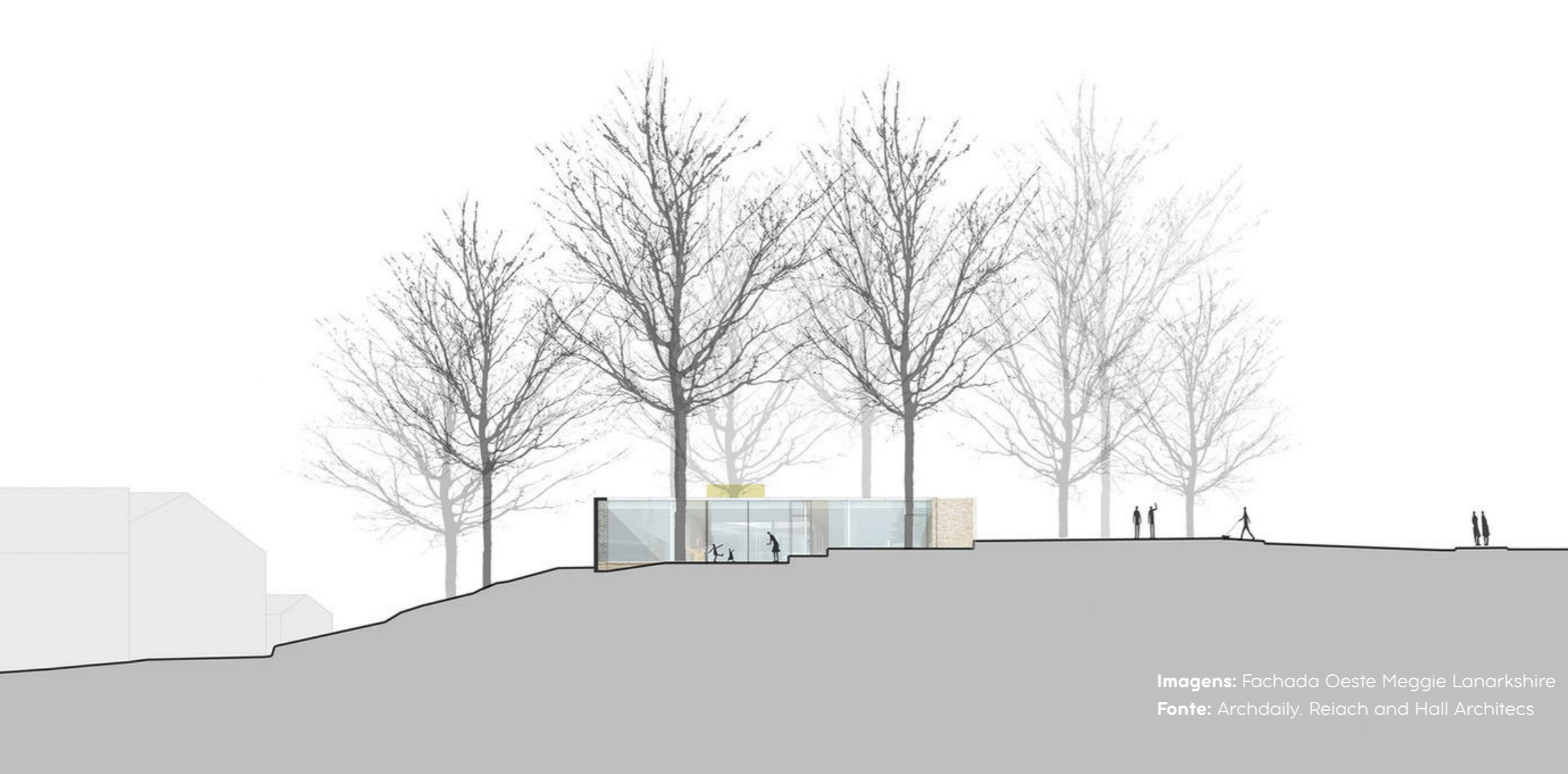
**Imagens:** Corte BB Meggie Lanarkshire  
**Fonte:** Archdaily. Reiach and Hall Architects

*solução desniveis*





Imagens: Fachada Leste Meggie Lanarkshire  
Fonte: Archdaily, Reich and Hall Architects



Imagens: Fachada Oeste Meggie Lanarkshire  
Fonte: Archdaily, Reich and Hall Architects

# CENTRO MAGGIE BARTS

**NOME:** Maggie Barts  
**LOCAL:** Londres, Reino Unido  
**DATA:** 2017  
**ÁREA:** 607m<sup>2</sup>  
**ARQUITETOS:** Steven Holl

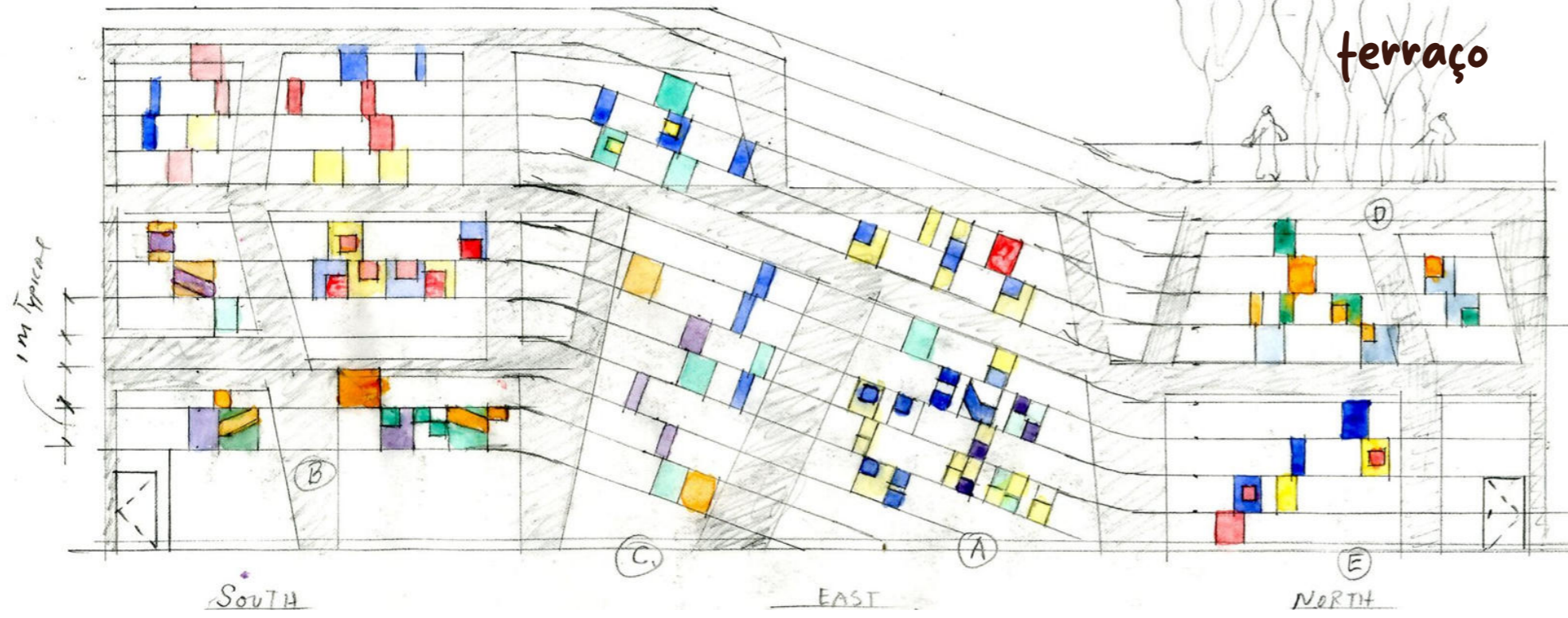


Imagens: Fachadas Meggie Barts  
 Fonte: Archdaily. Steven Holl Architects

fachada colorida, alegre

3 OR 4 TONES  
 EQUIVALENT TO  
 3 OR 4 COLORS  
 IN EACH FRAME

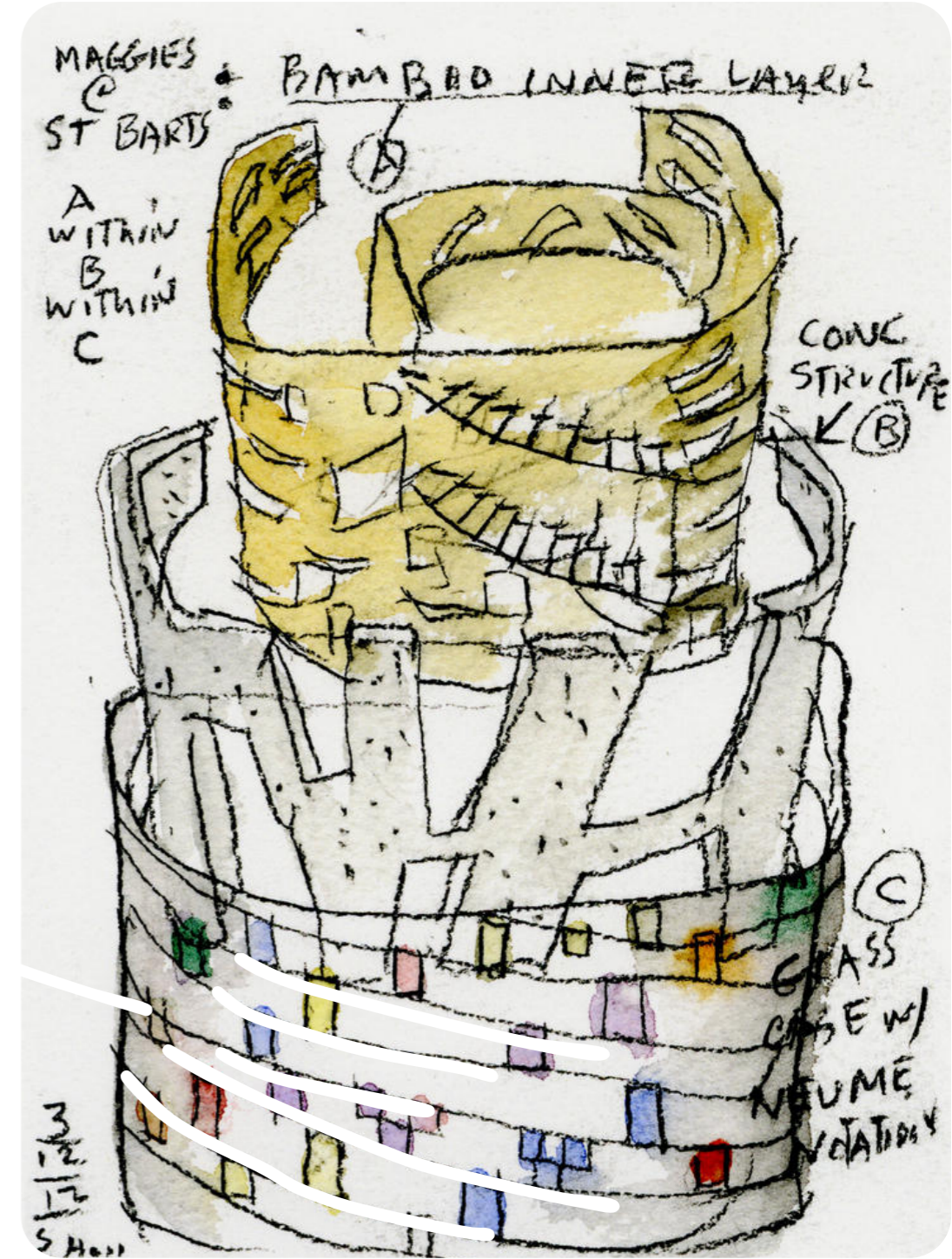
A - 4 COLORS. Purple, cobalt, lemon, sea green  
 B - ORANGE, green, lavender  
 C -  
 D -  
 E -  
 F -  
 G -



ferração



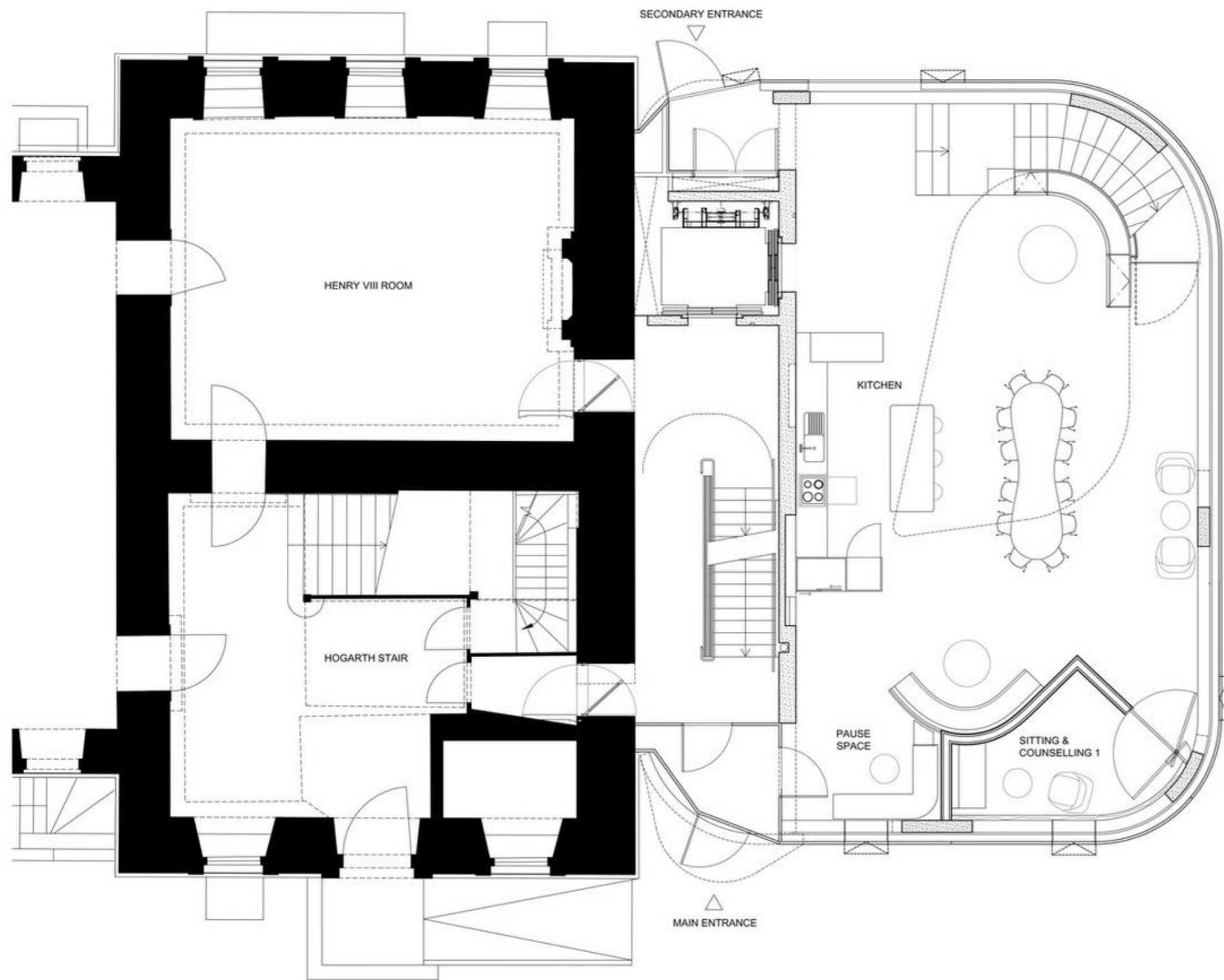
ângulos ortogonais e curvos



formas sinuosas

Imagens: Volumetria e Imagens Meggie Barts  
 Fonte: Archdaily. Steven Holl Architects

ambiente de  
convivência integrado

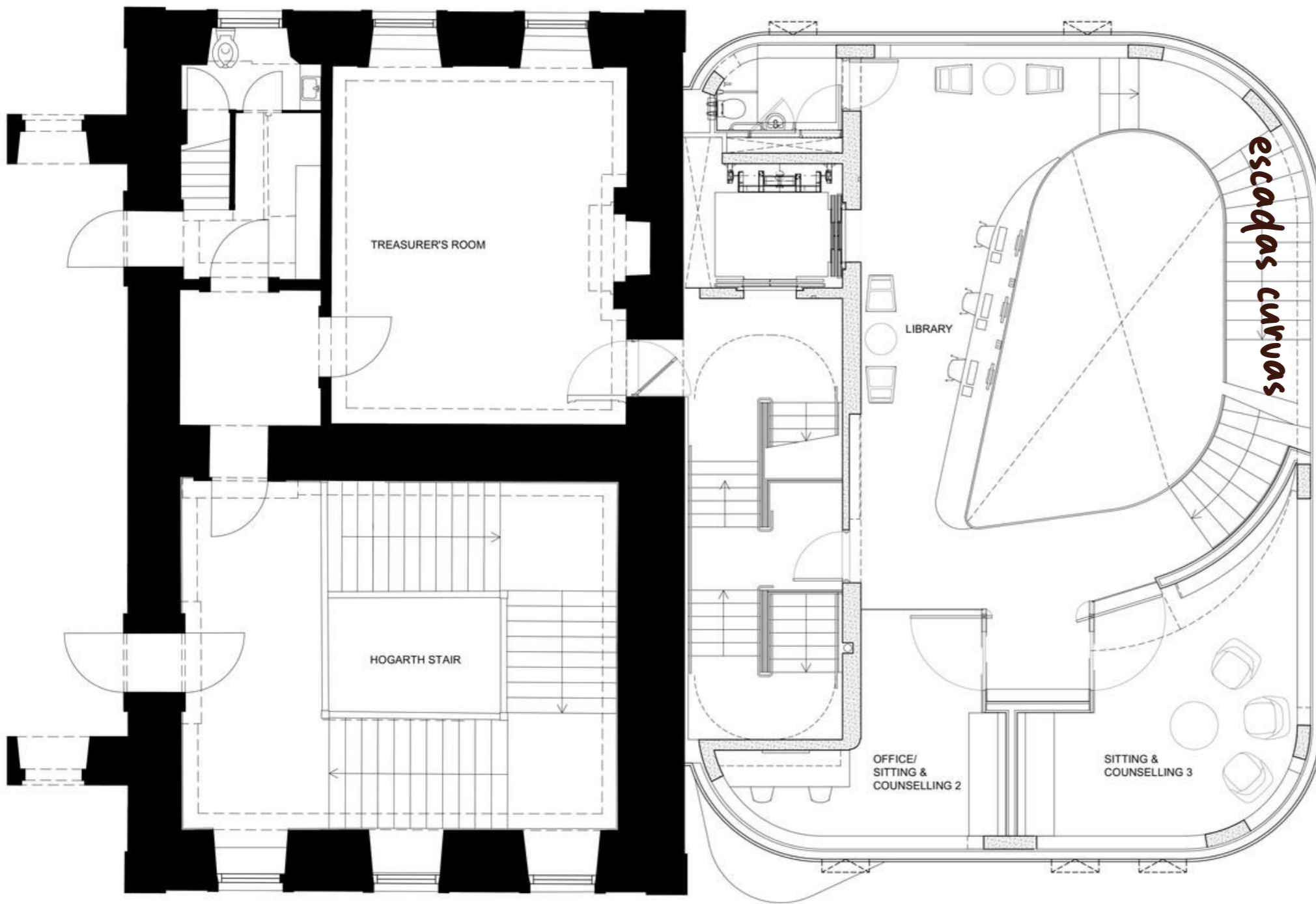


Imagens: Planta Térreo  
Fonte: Archdaily. Steven Holl Architects

GROUND FLOOR PLAN  
0m 5m 2.5m 5m



materialidade  
paleta de cores

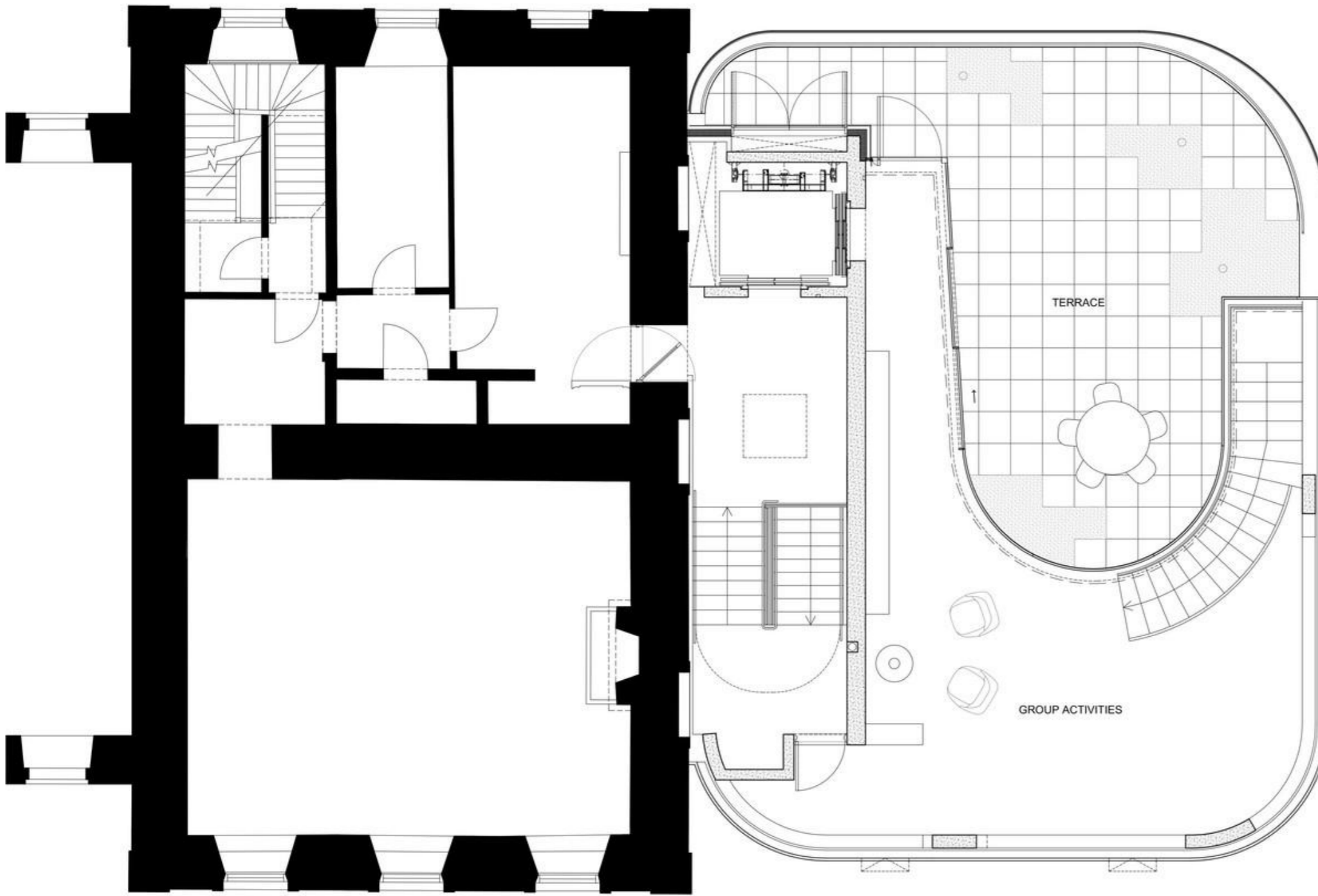


**Imagens:** Planta Primeiro Pavimento  
**Fonte:** Archdaily. Steven Holl Architects

FIRST FLOOR PLAN

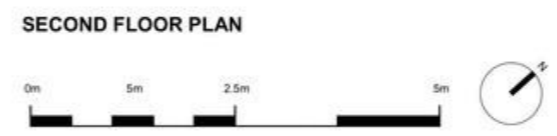






*todas as formas do edificio acompanham a curva da escadaria e da fachada*

**Imagens:** Planta Segundo Pavimento  
**Fonte:** Archdaily. Steven Holl Architects



# CLÍNICA PUPILA

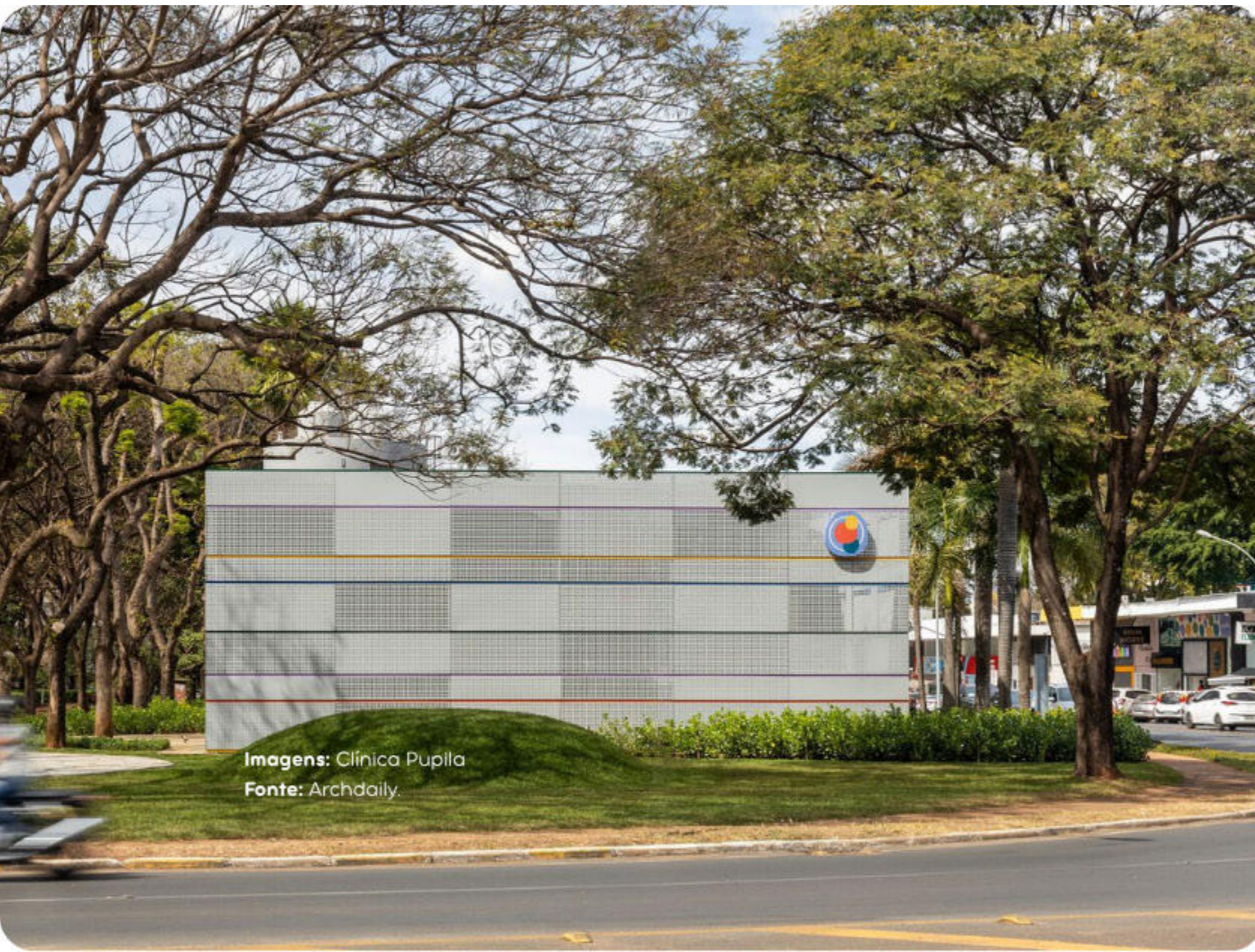
**NOME:** Clínica Pupila

**LOCAL:** Brasília, Brasil

**DATA:** 2023

**ÁREA:** 800m<sup>2</sup>

**ARQUITETOS:** Bloco Arquitetos



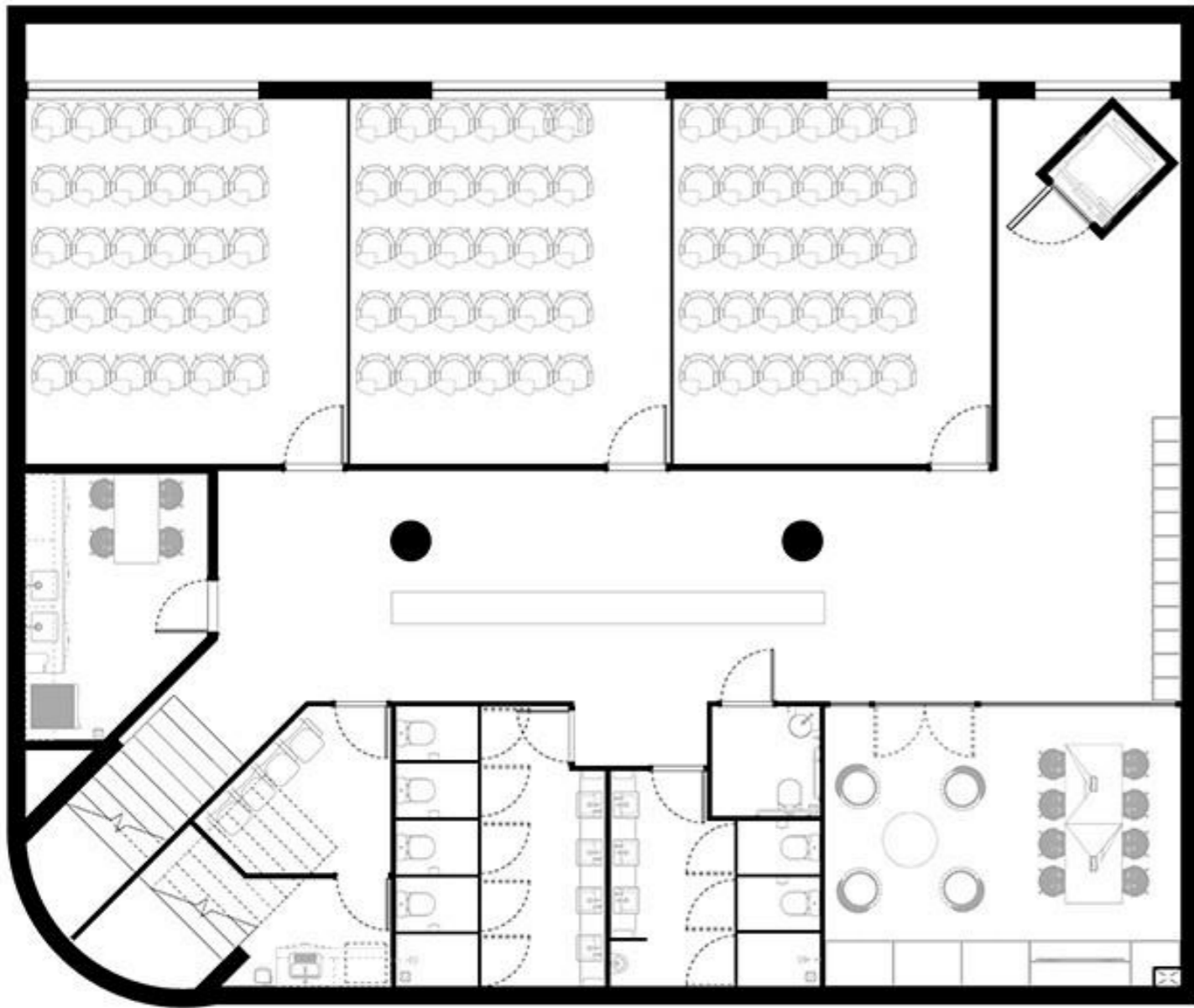
permeabilidade visual  
pelo furo em aço

cores na fachada

pupila

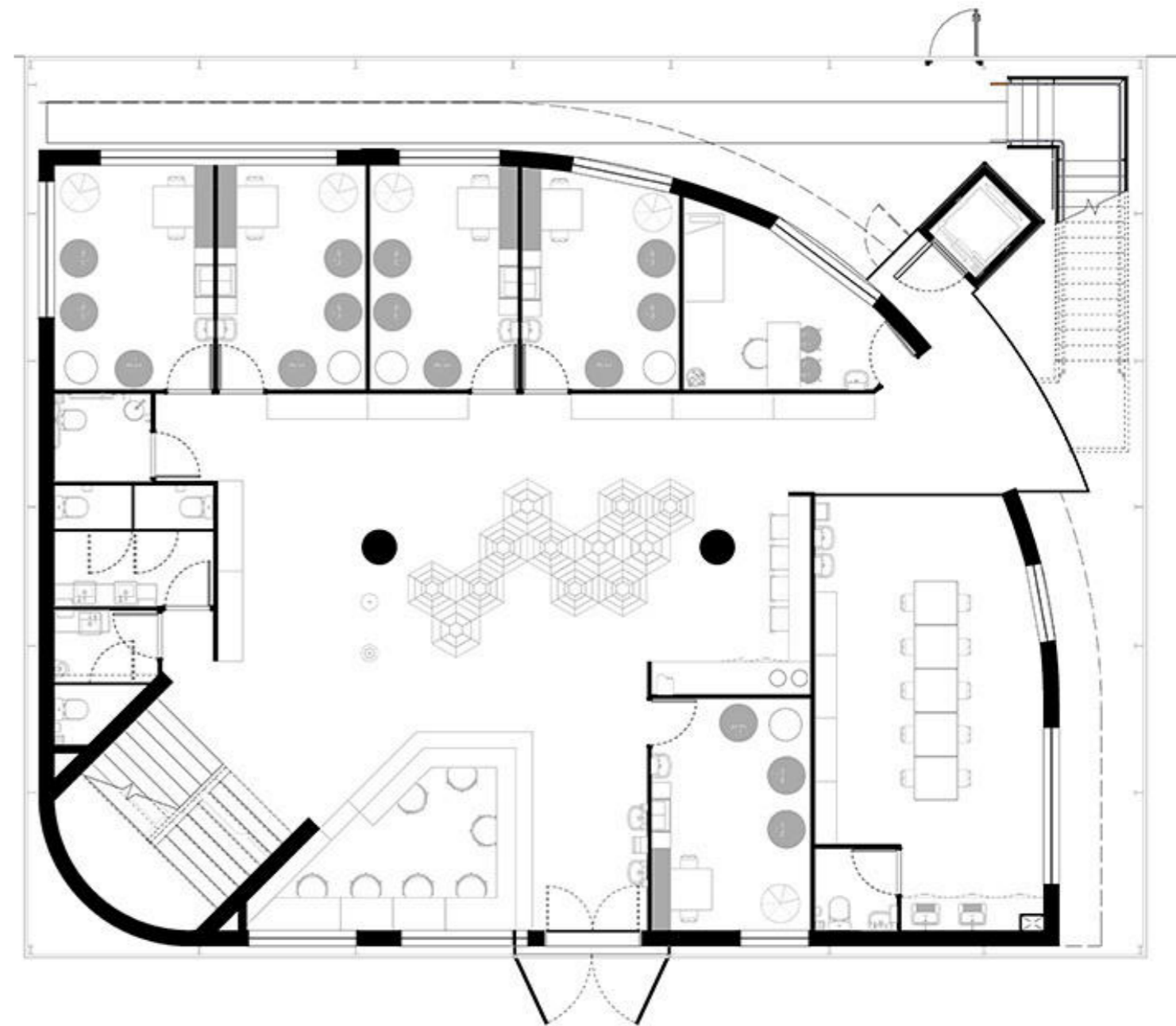
cores na fachada

envolvido por vegetação



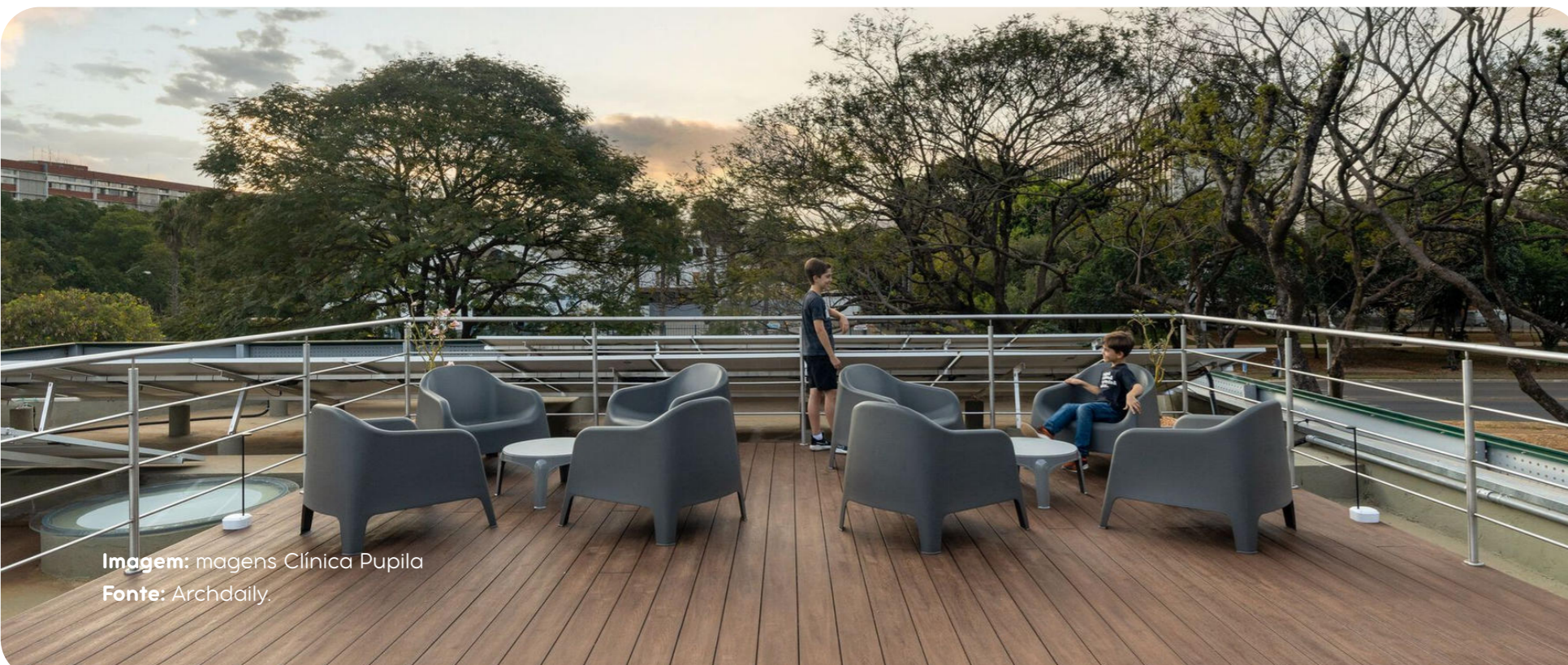
**Imagem:** Planta Subsolo

**Fonte:** Archdaily. Disponibilizado pelo escritório



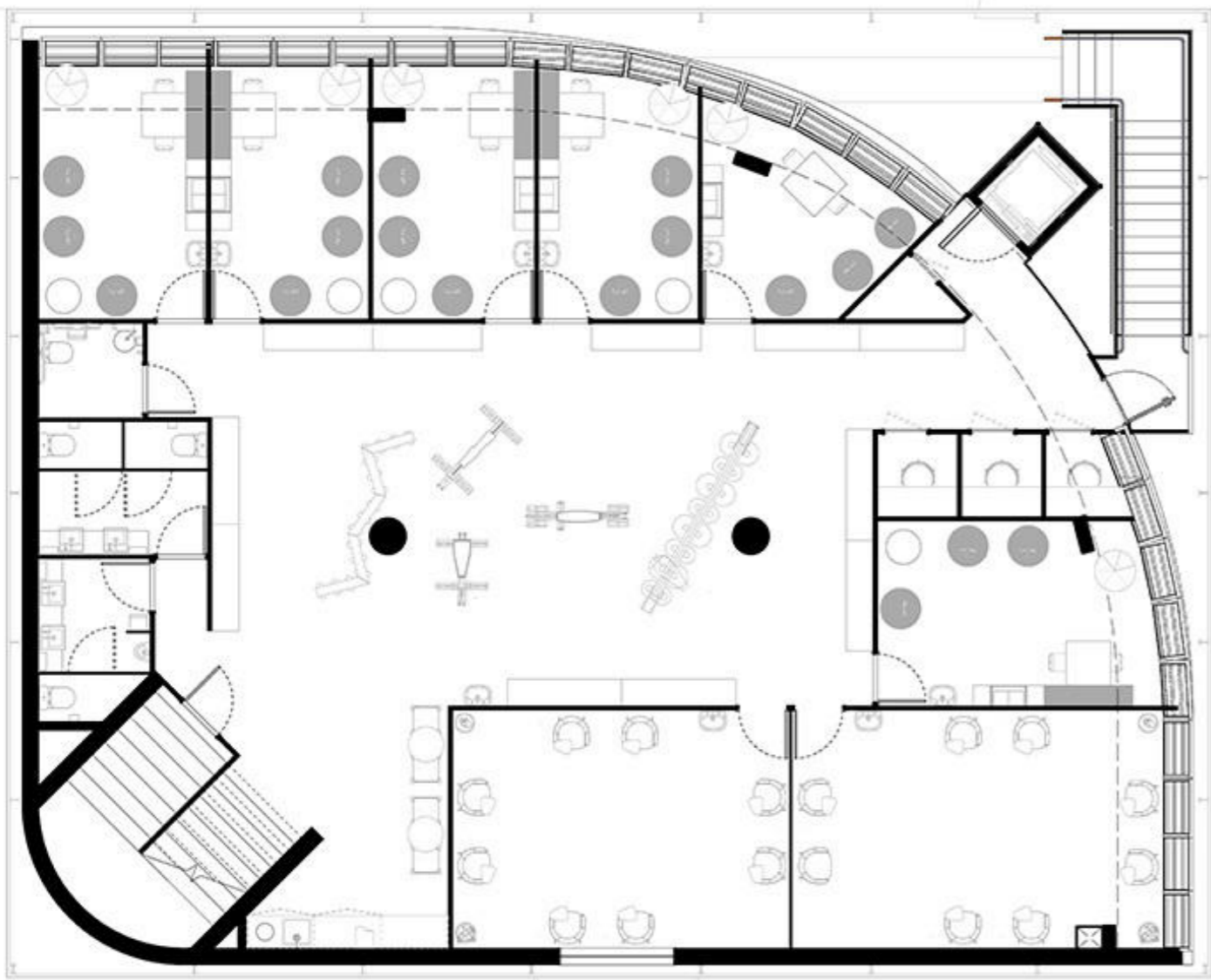
**Imagem:** Planta Térreo

**Fonte:** Archdaily. Disponibilizado pelo escritório



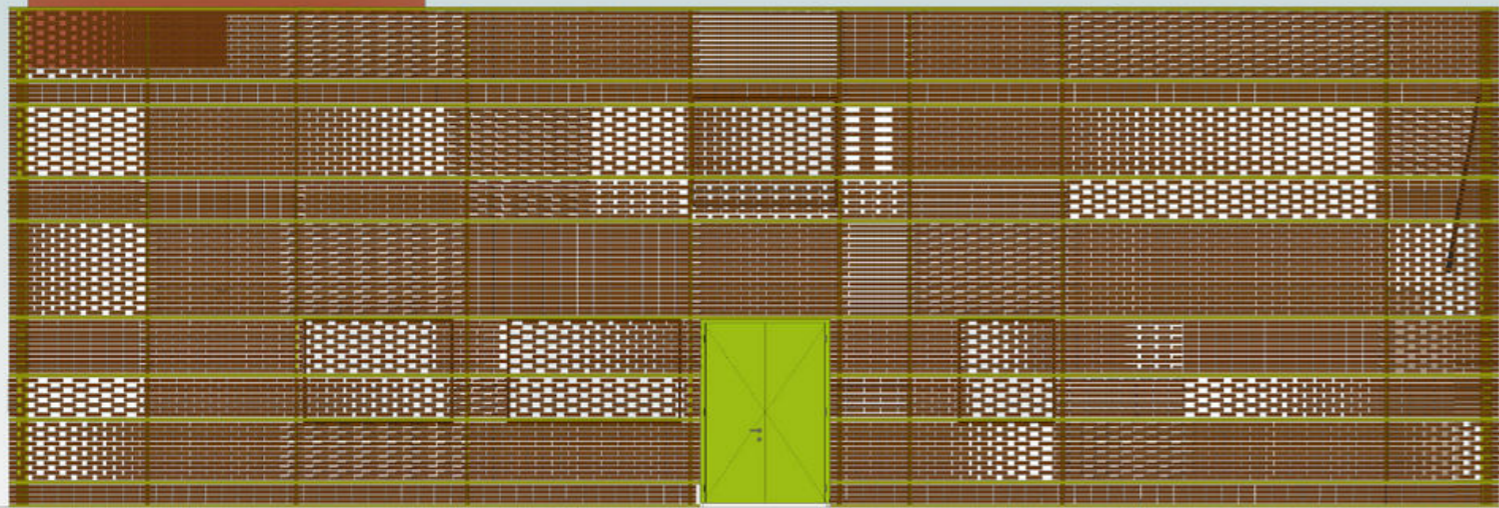
**Imagem:** magens Clínica Pupila  
**Fonte:** Archdaily.





Imagens: Planta Primeiro Pavimento e Corte A  
Fonte: Archdaily. Disponibilizado pelo escritório.

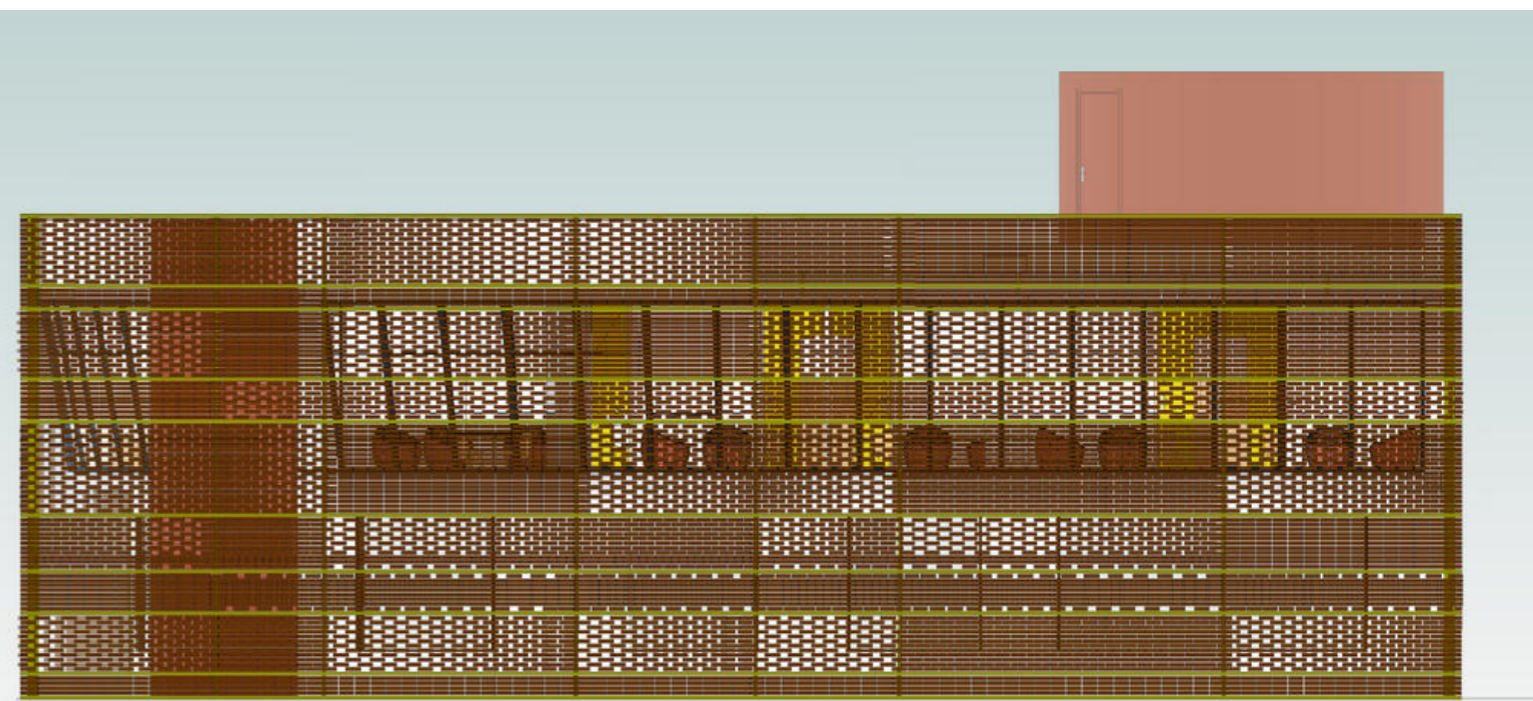




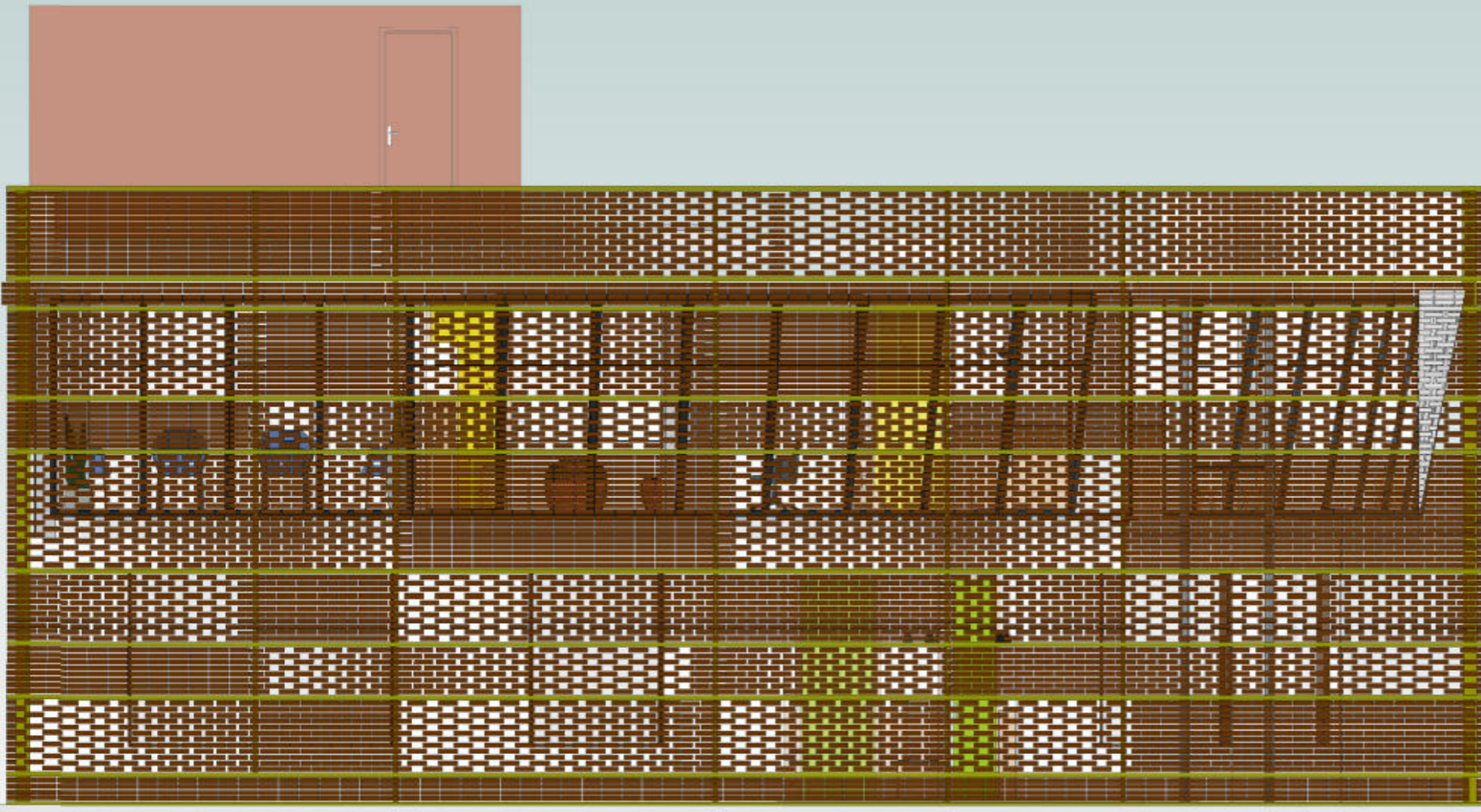
**Imagens:** Fachada Frontal  
**Fonte:** Disponibilizado pelo escritório.



**Imagens:** Corte C  
**Fonte:** Disponibilizado pelo escritório.

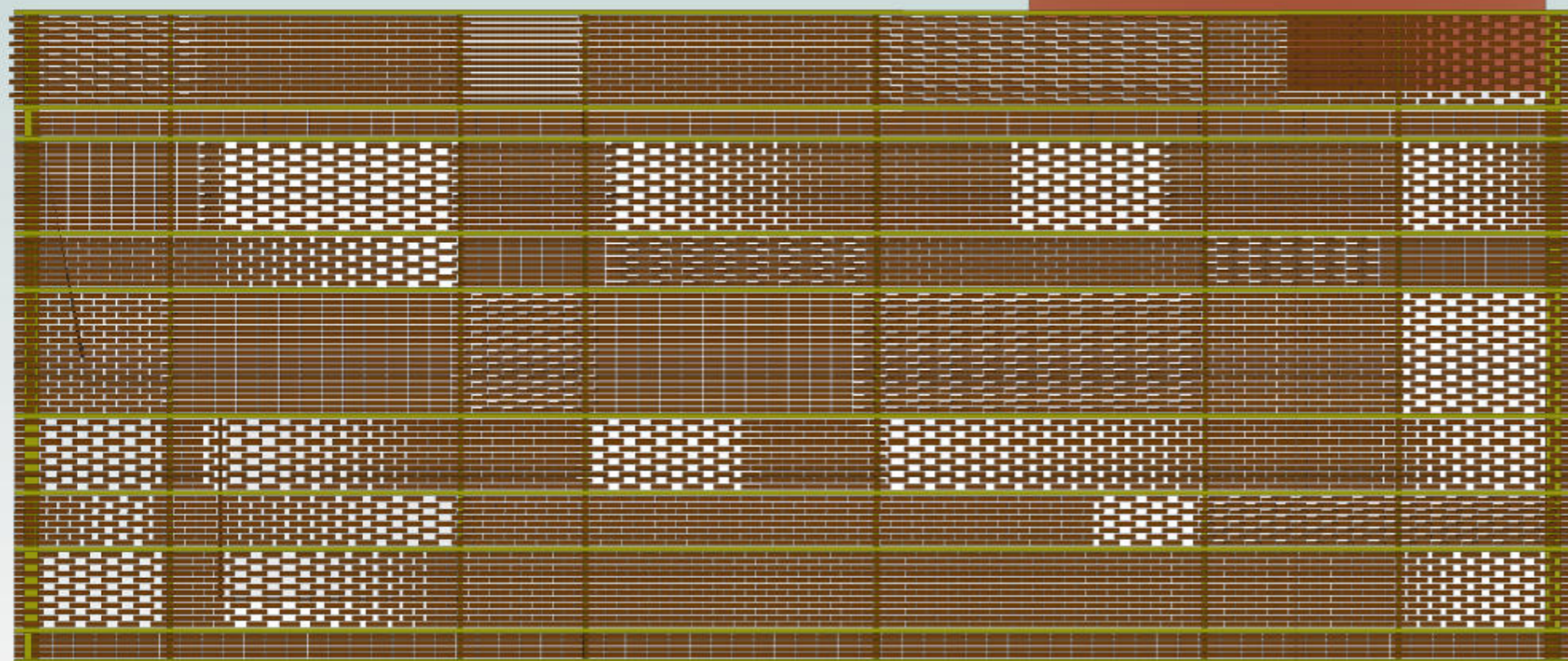


**Imagens:** Fachada Posterior  
**Fonte:** Disponibilizado pelo escritório.



**Imagens:** Fachadas Lateral direita e Lateral esquerda.

**Fonte:** Disponibilizado pelo escritório.



efeito de iluminação  
pela fachada

# SÍNTESE DOS ESTUDOS DE SIMILARES

## ELEMENTOS QUE SERÃO ABSORVIDOS

### CENTRO MEGGIE LANARKSHIRE

- muros de tijolinhos permeáveis
- solução para o desnível nos muros
- pátios internos e vegetação como protagonista
- escala doméstica
- relação entre blocos em desníveis diferentes - soluções de escadas, rampas e taludes
- materialidade
- paleta de cores

### CENTRO MEGGIE BARTS

- fachada translúcida
- cores lúdicas e sutil
- relação entre angulo reto e formas orgânicas
- guarda corpo em madeira orgânico
- espaços de convivência integrados
- telhado oculto
- diferenças de pé direito dentro dos ambientes
- pátio interno visível

### CLÍNICA PUPILA

- fachada permeável
- cores lúdicas e sutil
- envolto por vegetação
- iluminação e ventilação natural
- mobiliários na escala da criança
- diferenciar espaço infantil de espaço adulto
- elementos diferentes e coloridos na recepção



# **LEVANTAMENTOS E ANÁLISES**

# CRÍTICA AO CAPS

De modo geral, os equipamentos públicos no Brasil enfrentam sérias deficiências decorrentes do sucateamento de recursos, pelas políticas públicas insuficientes e pela permanência de espaços antigos, adaptados e mal projetados, inadequados às demandas contemporâneas. Assim, mesmo que a equipe multiprofissional seja eficiente no cuidado à saúde mental e estabeleça estratégias de vínculos com o paciente, a precariedade dos espaços físicos compromete a criação de ambientes acolhedores, afetando diretamente a experiência dos usuários e a promoção do bem-estar. Dessa forma, o local que deveria ser fundamentado no usuário como centro e ter o comprometimento de gerar essa ambiência de conforto e atenção ao cuidado, atualmente, ainda é frio e dificulta a conexão com o espaço. No que se refere ao CAPS, observa-se que, apesar dos avanços proporcionados pela Reforma Psiquiátrica, as soluções espaciais adotadas no território ainda são insuficientes e se distanciam do ideal de cuidado humano que norteia a proposta. Diante desse cenário, torna-se fundamental problematizar em que medida as estruturas atuais dos CAPS se diferenciam, de fato, dos antigos modelos manicomial, bem como analisar suas potencialidades e fragilidades.

Um exemplo a se analisar é o CAPS II Esperança, localizado em Goiânia no Jardim Petrópolis. Apesar do equipamento estar inserido em um ambiente com paisagens estimulantes com visão para toda a cidade, em função do morro no qual ele se assenta, ainda encontram-se dificuldades na ambiência. A região afastada do bairro acarreta em uma baixa infraestrutura como na má qualidade do asfalto, a falta de mobiliários urbanos básicos para promover iluminação, até mesmo ruas não asfaltadas e pouca proteção de acesso ao desnível do morro, tornando o ambiente agressivo para o usuário que chega.

Além disso, mesmo que haja disposição de atividades externas como a hidroginástica, a falta de manutenção dos equipamentos destrói o caráter acolhedor do edifício, como a piscina que está em caráter de não uso e suja, com vegetações adentrando. Assim, por mais que os servidores atendentes do espaço sejam receptivos e promovam interações com os pacientes, como a festa junina organizada anualmente, a ambiência mal projetada, os espaços pouco restauradores e construções antigas e sem manutenção diferem muito para a sensação do paciente no local de tratamento.

O edifício possui ambientes que contemplam o programa exigido pelo MS para o CAPS II, porém de maneira simplificada e adaptada aos espaços já existentes, como por exemplo a varanda de espera, onde os pacientes que estão sentados, estão voltados para a parede, e não para o jardim.

Apesar disso, percebe-se a tentativa de propor um espaço de espera mais aconchegante, com contato com a natureza e o exterior, porém que poderia ser melhor aproveitado e trabalhado.

Além disso, o fácil acesso ao bosque, as ruas sem saída e ao precipício do morro são outros pontos que tornam-se extremamente perigosos para um local que busca atenção e cuidado com o paciente, podendo promover sensação de perigo.

**Fotos:** Recepção CAPS II Esperança.  
**Fonte:** Registro da autora.



Por isso, busca-se identificar esses problemas, as ambiências mal planejadas e as potencialidades de espaços já existentes com CAPS instalados para absorver ao projetar um novo edifício completo, abarcando todas as características de um espaço restaurador que essa pesquisa objetiva.



# UMA EXPERIÊNCIA NA ÁREA DA SAÚDE (LELÉ)

Segundo o Sistema Único de Saúde (SUS), a ambiência hospitalar é definida como o ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais, devendo estar relacionada a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana (Ministério da Saúde, 2008).

Nessa perspectiva, destaca-se a atuação do arquiteto João Filgueiras Lima, conhecido como Lelé, que avançou significativamente nas respostas arquitetônicas voltadas ao projeto hospitalar. Sua obra evidencia a preocupação com a integração entre os espaços exteriores e interiores, utilizando técnicas construtivas específicas que conferem essas qualidades aos edifícios. Lelé é um exemplo notório da arquitetura hospitalar brasileira de qualidade, com foco no indivíduo e em seu bem-estar.

A Rede Sarah, idealizada na década de 1970, foi um dos principais campos de atuação do arquiteto. Desenvolveu-se como uma instituição pública especializada em ortopedia, reabilitação e no tratamento do aparelho locomotor. A primeira sede construída foi a de Brasília, e, a partir dela, a rede se expandiu para diversas capitais brasileiras, como Salvador, Recife, Fortaleza e Rio de Janeiro, entre outras.

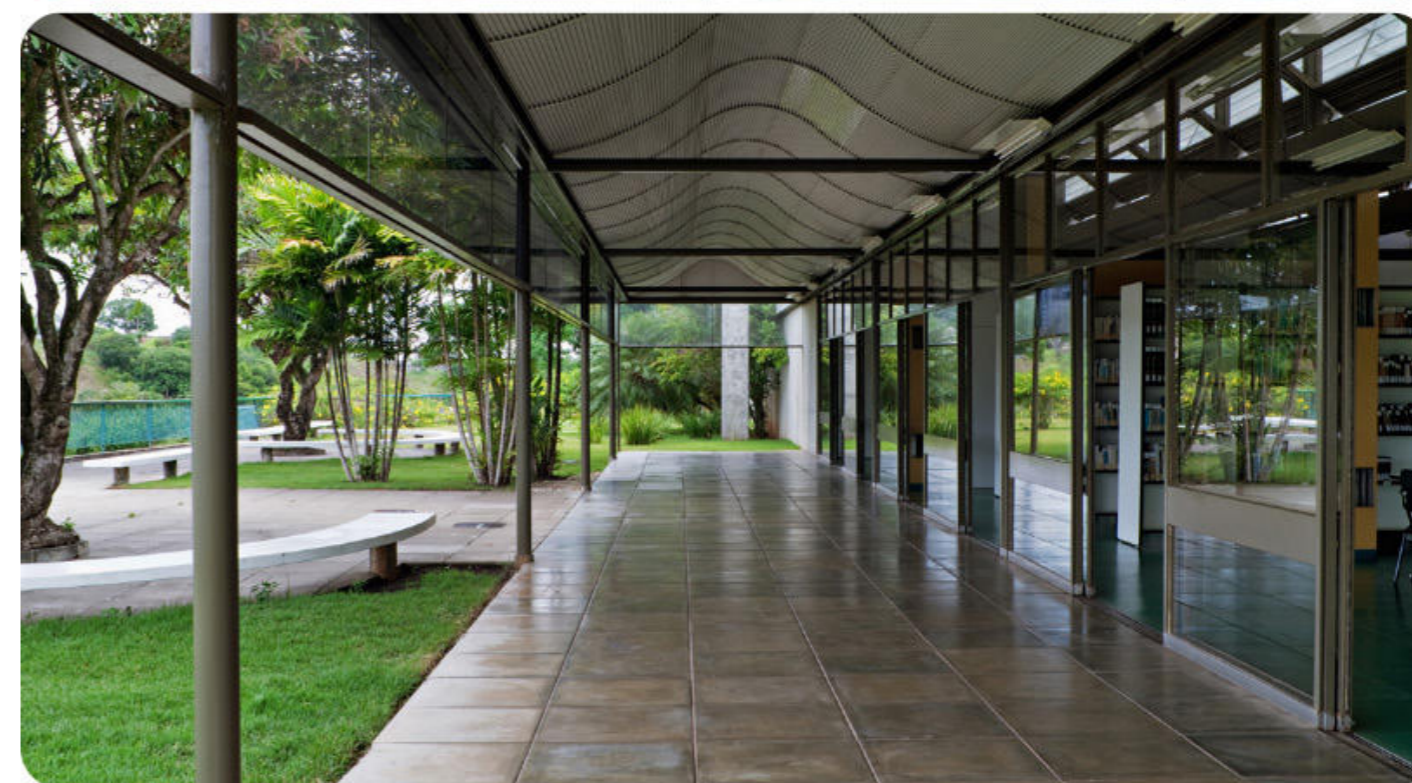
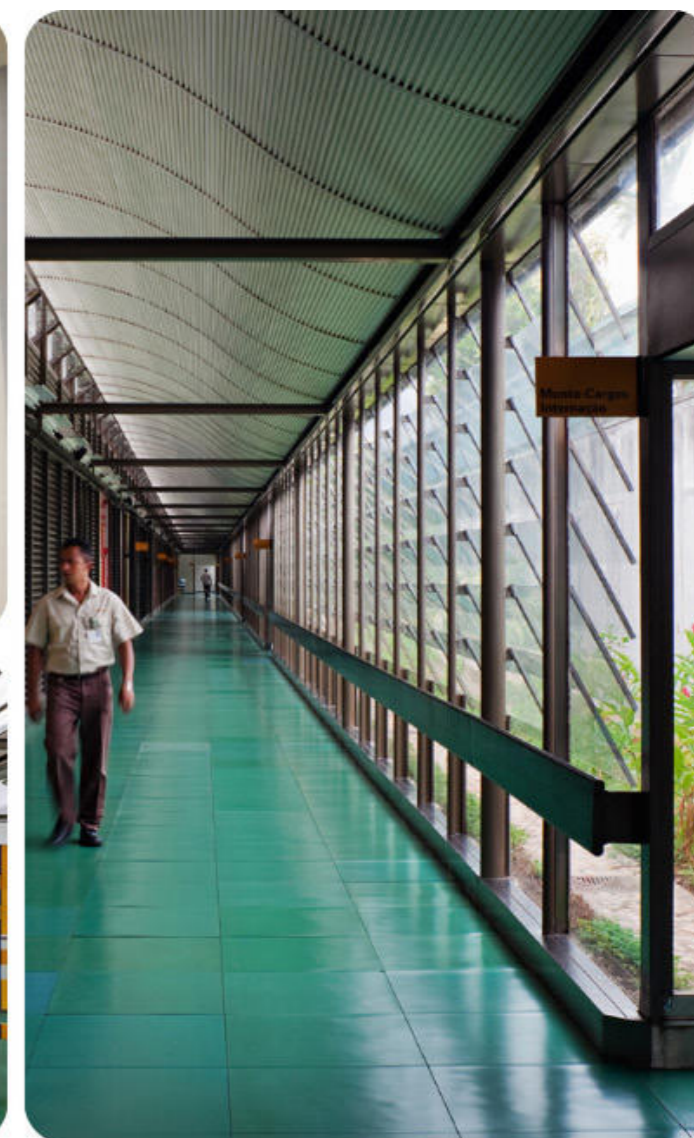
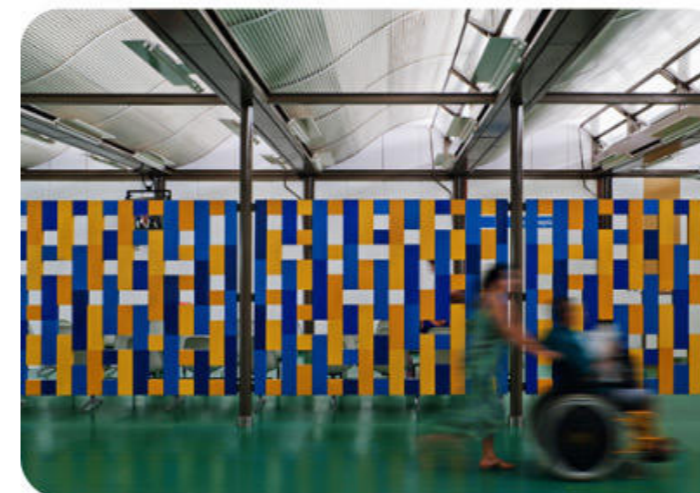
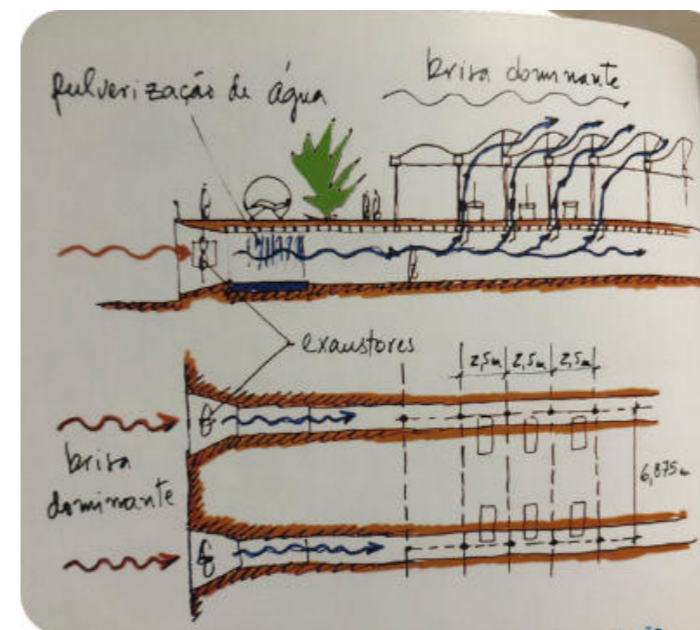
Nos projetos hospitalares da Rede Sarah, Lelé adota soluções arquitetônicas simples e adequadas às especificidades regionais. Elementos como sheds, brises, muros vazados, jardins entre os edifícios e espaços de transição com mobiliários específicos são empregados de forma integrada.

O uso de grandes aberturas, coberturas com remansos que favorecem a circulação do ar e outros dispositivos projetados com foco no bem-estar do usuário garantem conforto térmico e qualidade de ambiência.

Com isso, Lelé destaca-se referência nacional ao conciliar a eficiência dos sistemas prediais com uma linguagem arquitetônica sensível e acolhedora, tornando-se inovador no projeto hospitalar humanizado. O uso de paletas de cores suaves, grafismos e materialidades específicas contribui para criar ambientes lúdicos, delicados e acolhedores, promovendo uma experiência positiva para os usuários e visitantes dos espaços de saúde que projetou.

Com base nessa perspectiva, o presente projeto busca incorporar princípios e soluções empregados por Lelé, tais como a valorização da materialidade, a criação de espaços fluidos, a organização espacial a partir de uma lógica de fluxo clara e funcional, além do uso de grafismos que contribuem para uma identidade visual acolhedora. Também será proposto como foco a integração entre edifício e entorno por meio da relação com a natureza, buscando favorecer tanto o conforto térmico quanto a condição psíquica dos usuários.

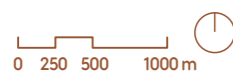
**Imagens:** Rede Sarah Kubitschek de Salvador  
**Fonte:** Lima, 2012.



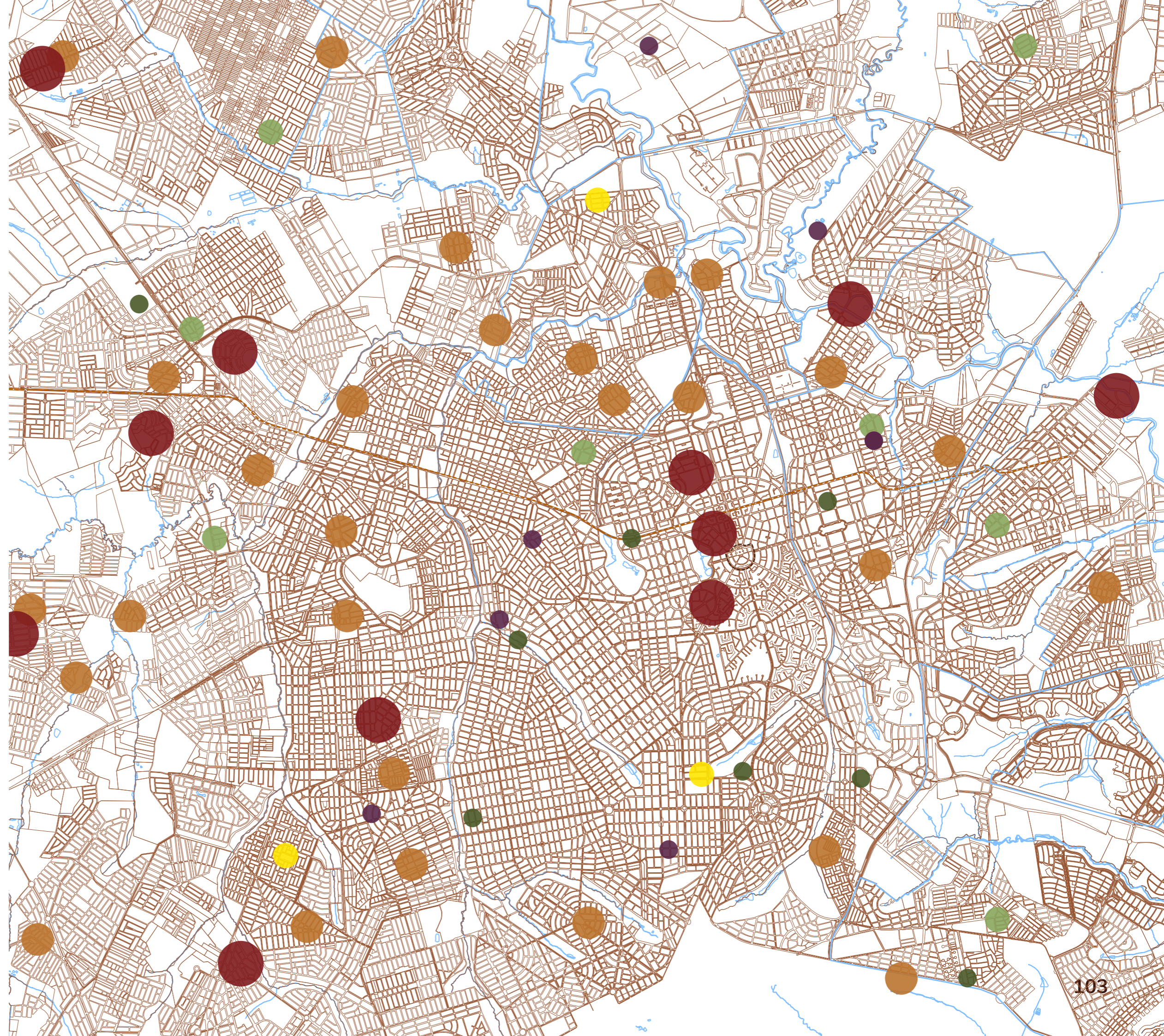
# REDE RAPS

Uma análise do território faz-se necessária para iniciar a busca pelo lugar. Assim, foram inicialmente levantados todos os CAPS de Goiânia e, em seguida, as UBS, CAIS, CIAMS, além dos hospitais públicos e privados mais relevantes que pudessem interferir na escolha do terreno. Com esses dados, tornou-se possível compreender como a RAPS atua no território municipal e identificar quais regiões se mostram mais carentes ou desconectadas.

- Cursos d'água
- Praça Cívica
- GO-060
- CAPS
- CAIS
- APS (Atenção Primária à Saúde)
- CIAMS
- Hospitais Públicos
- Hospitais Particulares



**Mapa:** Pontos da Rede RAPS em Goiânia.  
**Fonte:** Google Maps, 2025.  
Elaborado pela autora.

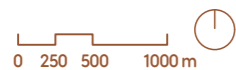


# CAPS

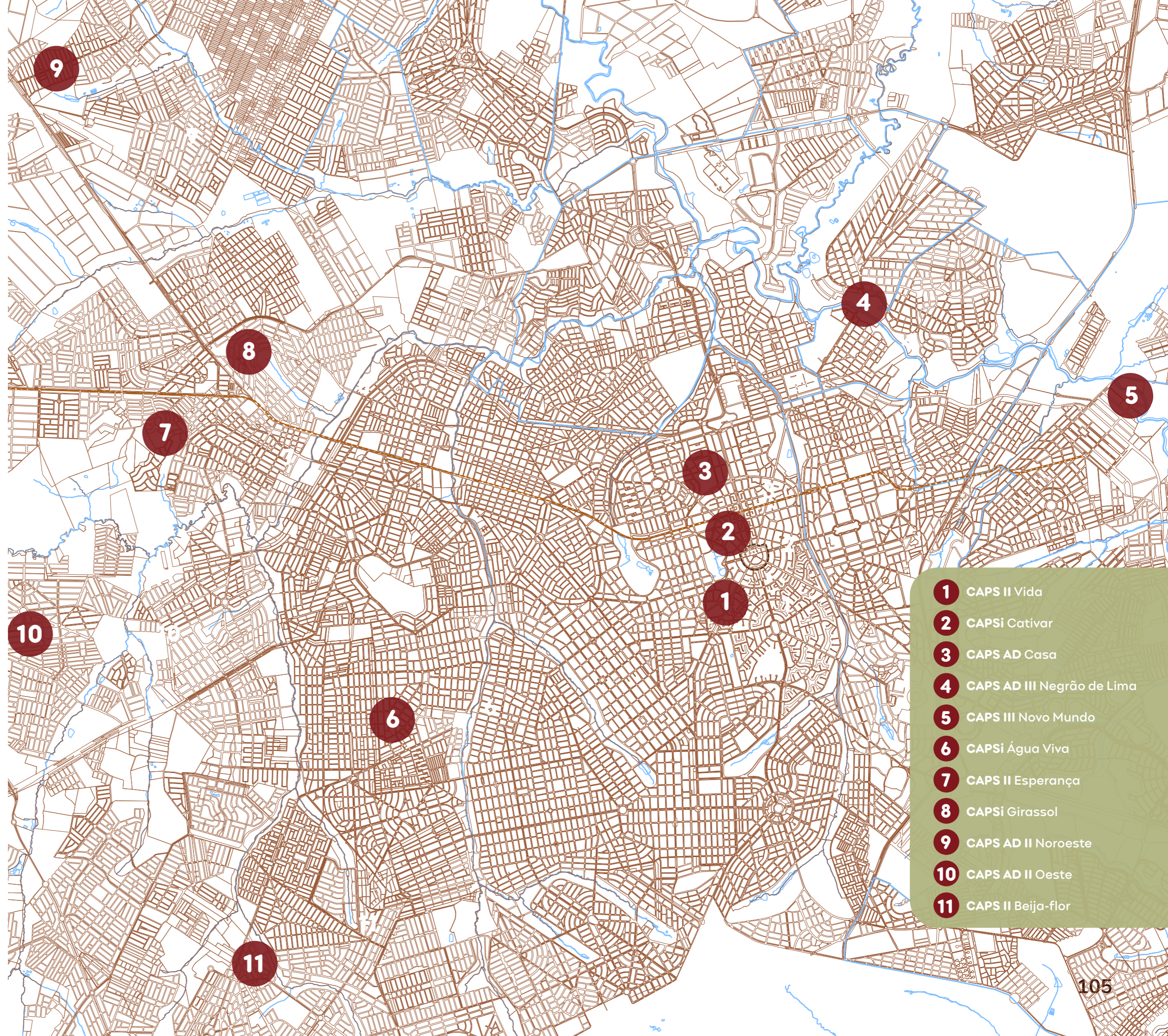
Com uma análise de quantos CAPS existem na Região Metropolitana de Goiânia, suas modalidades e localizações, a compreensão do território e do atendimento prestado pela rede pública se torna mais clara. Dessa forma, foi possível identificar zonas carentes e zonas sem equipamentos públicos da rede RAPS suficientes, evidenciando onde a implementação de um novo CAPS seria mais adequada.

A partir do levantamento, concluiu-se que em todo o município existe apenas um CAPS III geral – situado no extremo leste da cidade (5 no mapa ao lado) –, com estrutura para internação e permanência noturna dos pacientes. Assim, evidencia-se uma lacuna significativa na oferta de um CAPS 24h em Goiânia.

-  Cursos d'água
-  Praça Cívica
-  GO-060
-  CAPS



**Mapa:** CAPS em Goiânia.  
**Fonte:** Google Maps, Prefeitura de Goiânia, 2025.  
Elaborado pela autora.



- 1** CAPS II Vida
- 2** CAPSi Cativar
- 3** CAPS AD Casa
- 4** CAPS AD III Negrão de Lima
- 5** CAPS III Novo Mundo
- 6** CAPSi Água Viva
- 7** CAPS II Esperança
- 8** CAPSi Girassol
- 9** CAPS AD II Noroeste
- 10** CAPS AD II Oeste
- 11** CAPS II Beija-flor

## LOCALIZAÇÃO

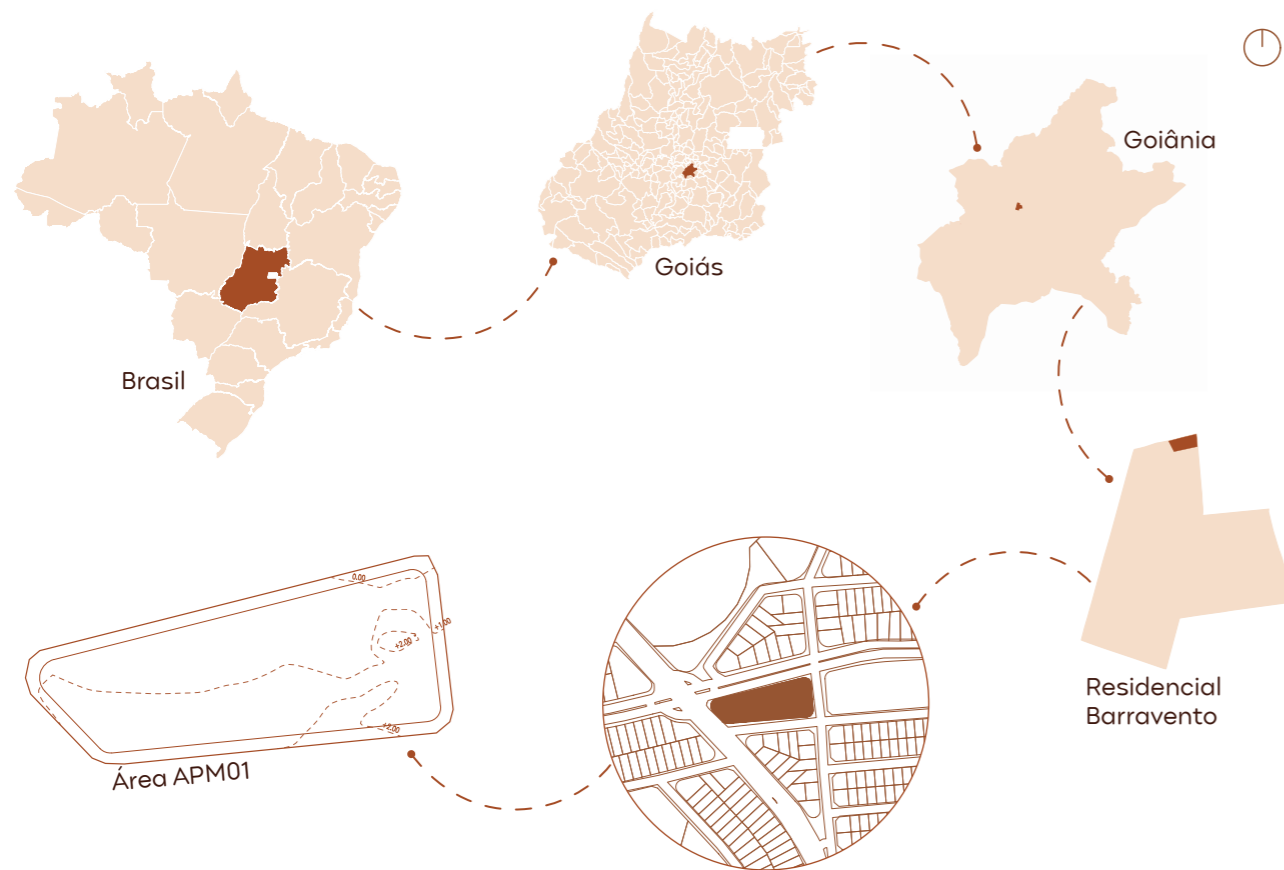


Figura X: Diagrama de Localização.

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Google Maps, Mapa Fácil de Goiânia e levantamentos disponibilizados por egressos da UFG.

## CONTEXTO

Residencial Barravento

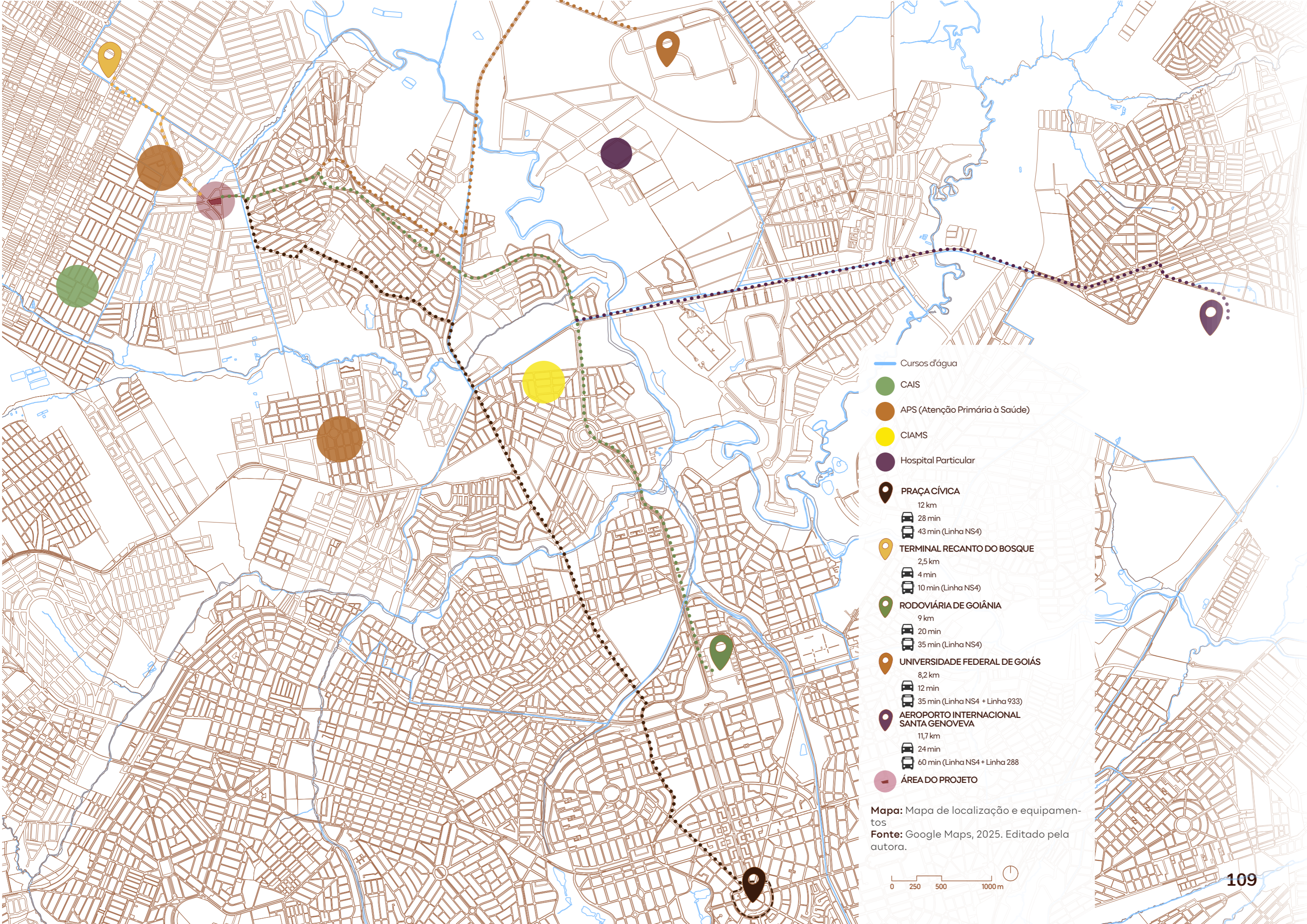
Av. Fonte Nova com Av. Lúcio Rebelo com R. Amália Hermano c/om R. Jordelina S. Melo, Qd. ÁREA Lt. APM 1.

A partir das análises e levantamentos realizados durante a pesquisa, foi propostos cinco principais pontos para a decisão da escolha do local (ao lado). Durante o processo de busca alguns terrenos cumpriram os cinco requisitos, porém já possuíam amparo para esse tipo de demanda no entorno, então foi decidido pela localização aonde o CAPS teria o maior impacto na vizinhança.

O local escolhido para o projeto é um terreno situado no Residencial Barravento, no Noroeste da cidade de Goiânia-GO. O terreno se destaca por possuir UBS e CAIS nas proximidades, o que é requisito mínimo para instalação assertiva do CAPS de acordo com a rede RAPS estabelecida pelo Estado.

## DIRETRIZES DE ESCOLHA DO TERRENO

- 1** proximidade com parque ou área verde;
- 2** acessível por transporte público;
- 3** área pública com uso destinado à saúde, de acordo com legislação vigente;
- 4** mínimo de 1000m<sup>2</sup>
- 5** regiões carentes de CAPS para cumprir com a cobertura da RAPS pelo território



- Cursos d'água
- CAIS
- APS (Atenção Primária à Saúde)
- CIAMS
- Hospital Particular
- PRAÇA CÍVICA**  
12 km  
28 min  
43 min (Linha NS4)
- TERMINAL RECANTO DO BOSQUE**  
2,5 km  
4 min  
10 min (Linha NS4)
- RODOVIÁRIA DE GOIÂNIA**  
9 km  
20 min  
35 min (Linha NS4)
- UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS**  
8,2 km  
12 min  
35 min (Linha NS4 + Linha 933)
- AEROPORTO INTERNACIONAL SANTA GENOVEVA**  
11,7 km  
24 min  
60 min (Linha NS4 + Linha 288)
- ÁREA DO PROJETO

Mapa: Mapa de localização e equipamentos  
Fonte: Google Maps, 2025. Editado pela autora.





### MAPA DE CHEIOS E VAZIOS

A partir do mapa de cheios e vazios, é possível observar que essa região ainda está em processo de adensamento, contendo muitos lotes vagos ainda, o que torna-se bastante interessante ao propor um CAPS que irá nascer antes mesmo da área estar completamente estabelecida.

Essa região, portanto, é muito marcada pela dualidade da calmaria do interior das quadras com os ruídos das duas principais avenidas onde percorre o BRT Norte Sul



### MAPA DE USOS

De acordo com a análise dos usos do solo da região, há uma grande prevalência do uso residencial, portanto a região ainda tem esse caráter quieto e reservado, tornando-se extremamente adequada para a implementação do CAPS.

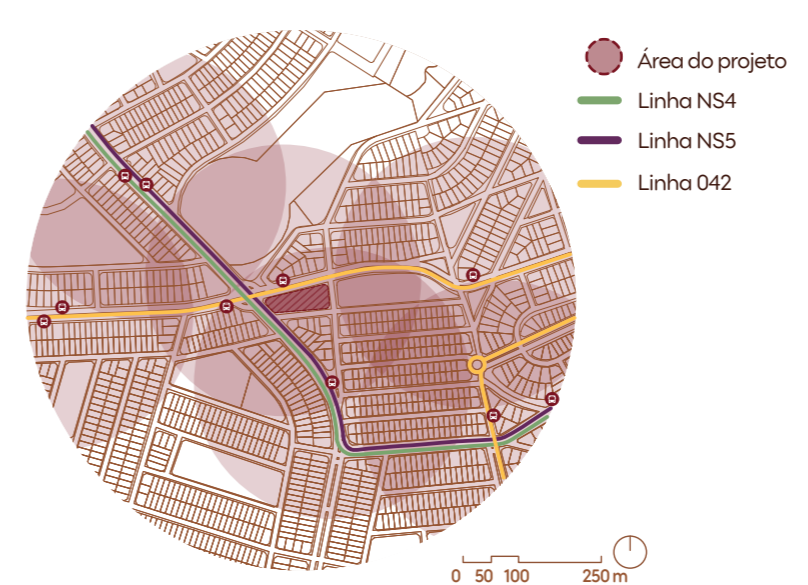


### MAPA DE HIERARQUIA VIÁRIA

O mapa de hierarquia viária reforça novamente esse caráter dual da região. Quanto à classificação das vias, ambas vermelhas e laranjadas são coletoras, no entanto, as vias em vermelho (alto fluxo) são avenidas e passagem do ônibus BRT, o que aumenta o fluxo de trânsito nesse local, já as amarelas são as locais, onde em maioria são lotes residenciais.

### MAPA DE ZONAS SENSORIAIS

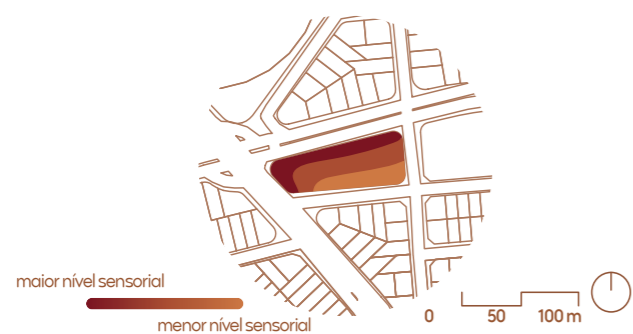
O Mapa de Hierarquia Viária demonstra claramente as zonas de maiores ruídos e menores ruídos e, com isso, pode-se criar uma outra análise em acordo com as teorias de Magda Mostafa de quais são as áreas de maior nível sensorial e menor nível sensorial, refletindo inteiramente nas gradações de análises de fluxo das ruas.



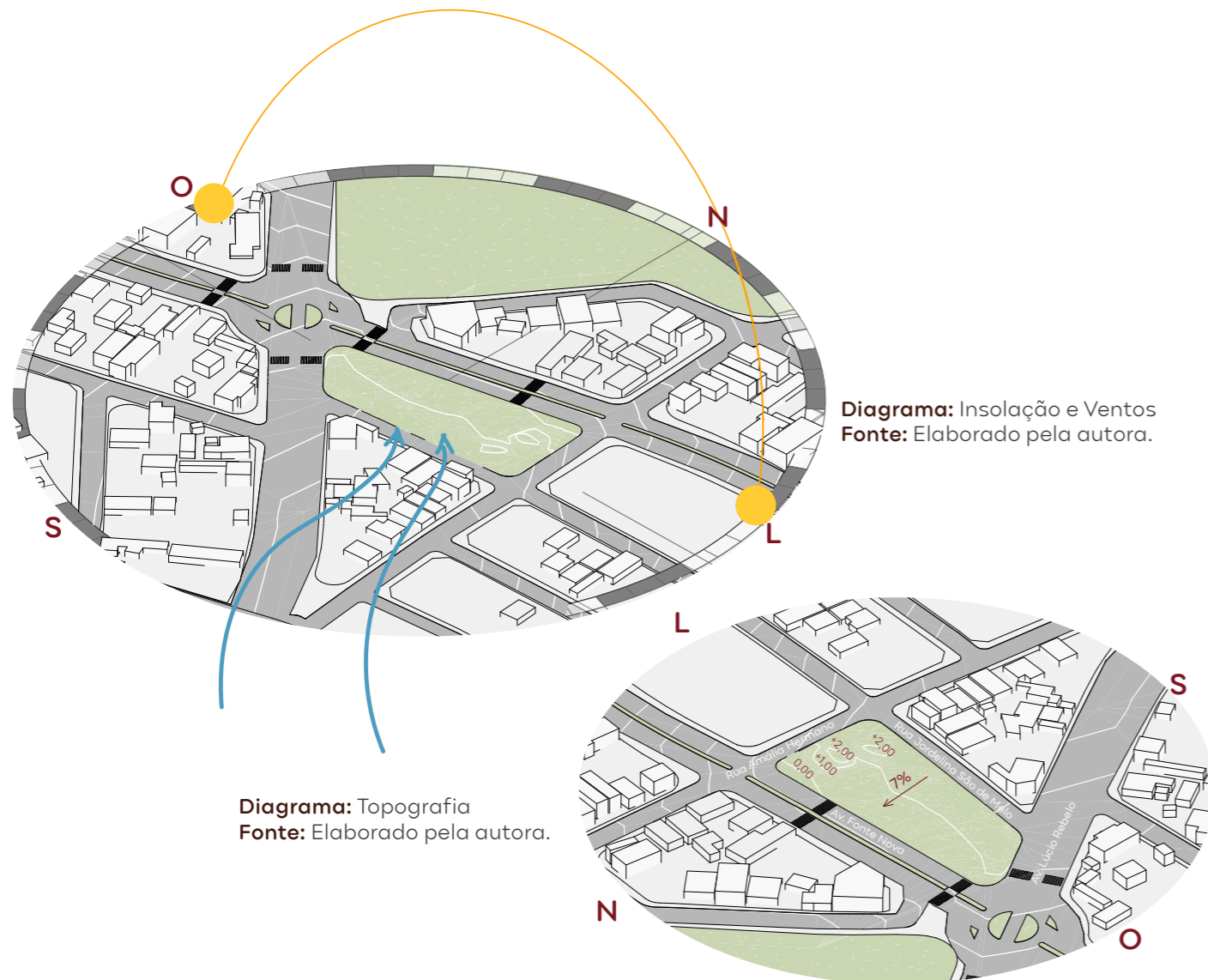
### MAPA DE MOBILIDADE

Uma busca foi feita pelos pontos de ônibus da região, pois é uma das diretrizes para a escolha do terreno. No entorno da área, os pontos de ônibus se localizam próximos às duas principais avenidas e as linhas todas passam por elas para se distribuírem para os outros pontos da cidade.

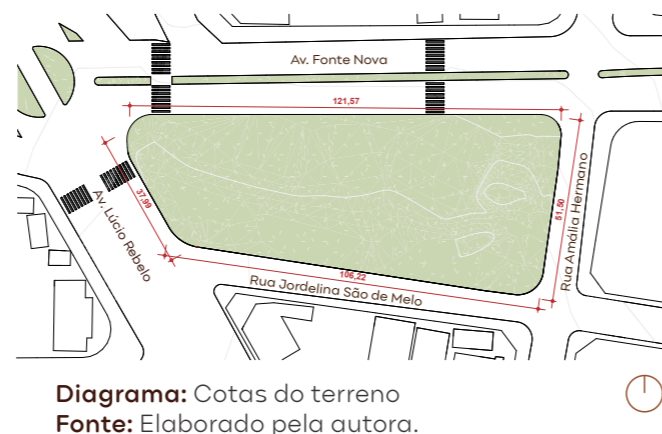
Também foi traçado um raio de 300m no entorno desses pontos de ônibus buscando visualizar a cobertura. A área do projeto, por ser na esquina desse ponto de encontro das avenidas, torna-se facilmente acessível pelas linhas do transporte público e possui uma boa cobertura.



# TERRENO E ENTORNO



O diagrama do entorno demonstra a insolação que incide sob o terreno, com as faces mais longas em sentido norte-sul, e o leste-oeste nas fachadas menores. Já o sentido dos ventos indica a predominância no sentido sudeste para noroeste. A inclinação geral do terreno é de 7%, a curva de nível foi estabelecida como ponto 0,00 na primeira curva que incide no terreno, e vai até a elevação de +2,00, com duas áreas regiões altas no lado leste do terreno

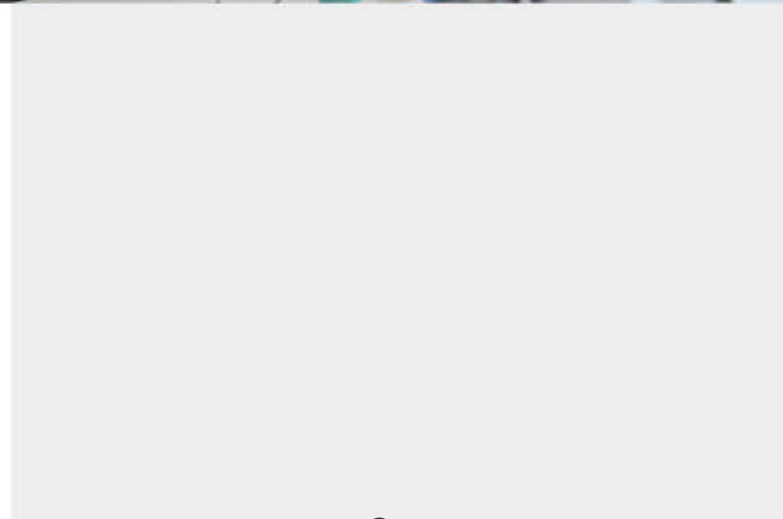
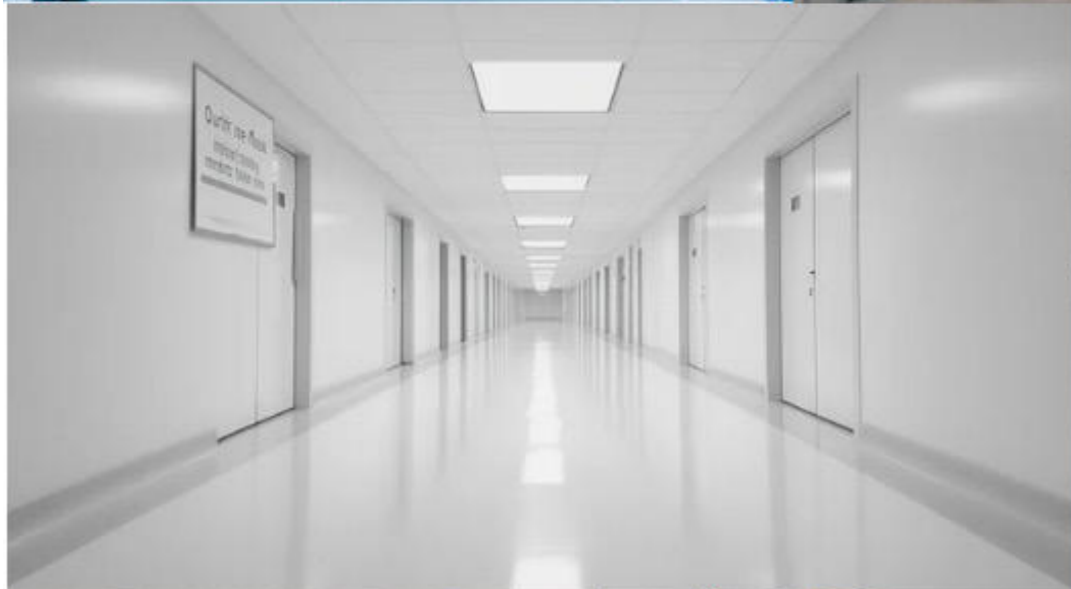
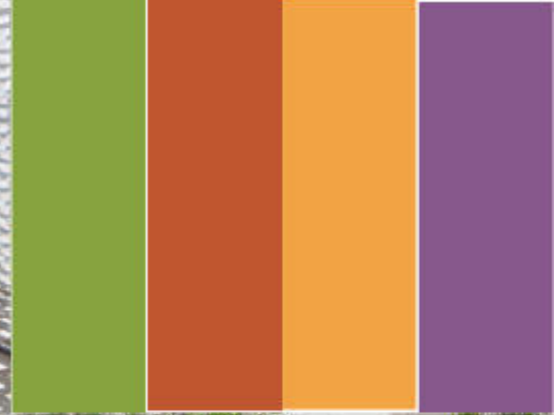


ALTURA DA EDIFICAÇÃO (m)	AFASTAMENTOS		
	Lateral (m)	Fundo (m)	Frente (m)
4	-	-	5
7,5	-	-	5
11	2	2	5
14,5	3	3	5
18	3,2	3,2	5
21,5	3,4	3,4	5
25	3,6	3,6	5
28,5	3,8	3,8	5
32	4	4	5
35,5	4,2	4,2	5
39	4,4	4,4	5
42,5	4,6	4,6	5
46	4,8	4,8	5
49,5	5	5	5
53	5,2	5,2	5
56,5	5,4	5,4	5
60	5,6	5,6	5
63,5	5,8	5,8	5
67	6	6	5
70,5	6,2	6,2	6
74	6,4	6,4	6
77,5	6,6	6,6	6
81	6,8	6,8	6
84,5	7	7	6
88	7,2	7,2	6
91,5	7,4	7,4	6
95	7,6	7,6	8
98,5	7,8	7,8	8
102	8	8	8
105,5	8,2	8,2	8
109	8,4	8,4	8,4

**Tabela:** Afastamentos em Goiânia-GO de acordo com a altura da edificação  
**Fonte:** Plano Diretor de Goiânia.

5

**MOODBOARD**



EXISTENTE

PROPOSTA



**PARTIDO**

# DIRETRIZES PROJETUAIS

- 1 MATERIALIDADE E AMBIÊNCIA
- 2 INTEGRAÇÃO INTERIOR/EXTERIOR
- 3 PÁTIOS INTERNOS
- 4 RACIONALIZAÇÃO DOS FLUXOS
- 5 RACIONALIZAÇÃO DAS TÉCNICAS CONSTRUTIVAS
- 6 ESPAÇOS FLUIDOS

# PROGRAMA DE NECESSIDADES

Em relação ao programa de necessidades mínimo ao CAPS III, a Portaria do MS. nº 336 de 2002 prevê no máximo 60 pacientes/dia nessa modalidade de CAPS e o Ministério da Saúde, em 2015, atualiza o antigo Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial, um documento para orientação de projetos de construção e reforma em CAPS, com áreas e ambientes mínimos.

Porém é necessário um olhar crítico quanto a esse programa básico do equipamento, em vista que muitos edifícios no Brasil e em Goiânia não são suficientes para as demandas dos usuários, sendo desconfortáveis, abaixo do fluxo diário de pacientes, ou ambientes agressivos para os neurodivergentes.

O plano básico do MS para a elaboração de um a CAPS segue nos ambientes listados ao lado.

Em função dessa análise crítica, o Programa de Necessidades do Caps para pacientes Neurodivergentes avança no plano básico definido pelo MS, em função de promover um espaço mais amplo, integrado, humanizado e completo, visando suprir tanto a demanda dos pacientes neurodiversos com um espaço acolhedor, quanto das lacunas da saúde pública em Goiânia e em seus espaços antigos e precários, amedrontadores e agressivos

**Tabela:** Estrutura física mínima para o CAPS III.  
**Fonte:** Ministério da Saúde, 2015. Elaborado pela autora.

PROGRAMA DE NECESSIDADES			
	AMBIENTES	QTD. SUS	ÁREA SUS (m²)
RECEPÇÃO	Espaço de Acolhimento (Recepção)	1	30
	Espaço de convivência interno (Área de estar para paciente, acompanhante e visitante)	1	50
	Sanitário PNE público masculino	1	12
	Sanitário PNE público feminino	1	12
	Farmácia	1	7
ATENDIMENTO	Sala de atendimento individualizado	3	9
	Sala de atividades coletivas	3	24
	*Depósito anexo às salas de atividades coletivas (DML)	2	3
INTERNAÇÃO	Sala de medicação	1	6
	Posto de enfermagem	1	6
	Quarto coletivo com acomodações individuais (2 leitos)	3	12
	Banheiro anexo aos quartos coletivos com acomodações individuais	3	3
	Refeitório	1	50
ADMINISTRAÇÃO	Sala administrativa	1	12
	Sala de reunião	1	16
	Almoxarifado	1	4
	Arquivo morto	1	4
FUNCIONÁRIOS	*Quarto de plantão	1	9,5
	*Banheiro anexo ao quarto de plantão	1	3
	Cozinha	1	35
	Banheiro com vestiário para funcionários	1	9
	Banheiro com vestiário para funcionários	1	9
	DML	1	2
	Sala de utilidades	1	2,5
	Área de serviços	1	4
	Roparia	1	4
APOIO EXTERNO	Abriço externo de resíduos comuns	1	1,5
	Abriço GLP	1	1
	Área externa embarque e desembarque	1	20
	Área externa de convivência	1	50
		<b>509,5</b>	<b>ÁREA TOTAL</b>

## PROGRAMA DE NECESSIDADES

	AMBIENTES	QTD	USUÁRIOS	ÁREA UNITÁRIA (m²)	ÁREA TOTAL (m²)	
<b>RECEPÇÃO</b>	Espaço de Acolhimento (Recepção)	1	15	35	35	
	Espaço de convivência e espera interno	1	10	41,47	41,47	
	Consultório Indiferenciado	1	2	12,33	12,33	
	Farmácia	1	2	9,72	9,72	
	Área externa de convivência/Patio transição	1	10	40	40	
	Cafeteria	1	15	30,24	30,24	
	Sanitário público masculino	1	1	10,88	10,88	
	Sanitário público feminino	1	1	11,02	11,02	
	Área serviços e DML	1	-	8,02	8,02	
	Sanitário público PCD	1	1	3,95	3,95	
	Copa Funcionários	1	8	12,36	12,36	
	<b>TOTAL RECEPÇÃO</b>				<b>227,63</b>	<b>227,63</b>

<b>ATENDIMENTO</b>	Espaço de recepção e espera	1	12	40	40
	Sala de atendimento individualizado adulto	3	1	10,6	31,8
	Sala de atendimento individualizado infantil	3	1	10,6	31,8
	Sala de atividades coletivas adulto	1	6	42,97	42,97
	Sala de atividades coletivas infantil	1	6	41,14	41,14
	Depósito anexo às salas de atividades coletivas (DML)	2	-	4	8
	Sanitário público masculino	1	1	12,74	12,74
	Sanitário público feminino	1	1	12,73	12,73
	Sanitário público PCD	1	1	4,84	4,84
<b>TOTAL ATENDIMENTO</b>				<b>181,62</b>	<b>228,02</b>

<b>TERAPIAS COMPLEMENTARES</b>	Espaço de Acolhimento (Recepção)	1	15	35	29,1
	Espaço de convivência e espera interno	1	10	40	52,82
	Fisioterapia e Pilates	1	10	37,12	37,12
	Musicoterapia	1	6	30,29	30,29
	Arteterapia	1	8	33,62	33,62
	Banheiro/Vestibário público masculino	1	1	20,17	20,17
	Banheiro/Vestibário público feminino	1	1	21,22	21,22
	Banheiro/Vestibário público PCD	1	1	7,16	7,16
	Depósito para materiais da piscina	1	-	7,59	7,59
	Hidroginástica externa	1	6	116	116
	Horta Comunitária externa	1	-	60	100
<b>TOTAL TERAPIAS COMP.</b>				<b>408,17</b>	<b>455,09</b>

<b>INTERNAÇÃO</b>	Espaço de recepção e espera	1	6	25	25
	Quarto coletivo com acomodações individuais (2 leitos)	3	6	16	48
	Banheiro anexo os quartos coletivos com acomodações individuais	3	6	9	27
	Refeitório	1	20	50	50
	Posto de enfermagem	1	1	6	6
	Farmácia	1	2	6	6
	Sala Estabilização	1	2	18	18
	DML	1	-	8	8
<b>TOTAL INTERNAÇÃO</b>				<b>153</b>	<b>203</b>

<b>ADMINISTRAÇÃO</b>	Recepção	1	6	25	25
	Estar dos funcionários	1	6	25	25
	Sala administrativa	1	4	12	12
	Sala de reunião	2	6	16	32
	Almoxarifado	1	-	4	4
	Arquivo morto	1	-	4	4
<b>TOTAL ADM.</b>				<b>102</b>	<b>118</b>

<b>FUNCIONÁRIOS</b>	Banheiro com vestiário para funcionários	1	4	9	9
	Banheiro com vestiário para funcionários	1	4	9	9
	Quarto de plantão	1	6	12	12
	Banheiro anexo ao quarto de plantão	1	1	3	3
	DML	1	-	2	2
	Rouparia	1	-	4	4
	Cozinha	1	5	40	40
	Sanitário Feminino	1	1	3	3
	Sanitário Masculino	1	1	3	3
	Área de serviços	1	-	4	4
	Sala de utilidades	1	2	3	3
<b>TOTAL APOIO FUNC.</b>				<b>95</b>	<b>95</b>

<b>APOIO EXTERNO</b>	Abrigo externo de resíduos comuns	1	-	2	2
	Abrigo GLP	1	-	1	1
	Área externa embarque e desembarque para ambulância	1	-	20	20
	Área externa embarque e desembarque	1	3	20	20
<b>TOTAL APOIO EXTERNO</b>				<b>43</b>	<b>43</b>

Tabela: Programa de Necessidades para o CAPS III.  
Fonte: Elaborado pela autora.

+20% = 1.097m²

**TOTAL APOIO EXTERNO**      **43**      **43**

802,25	914,65
--------	--------

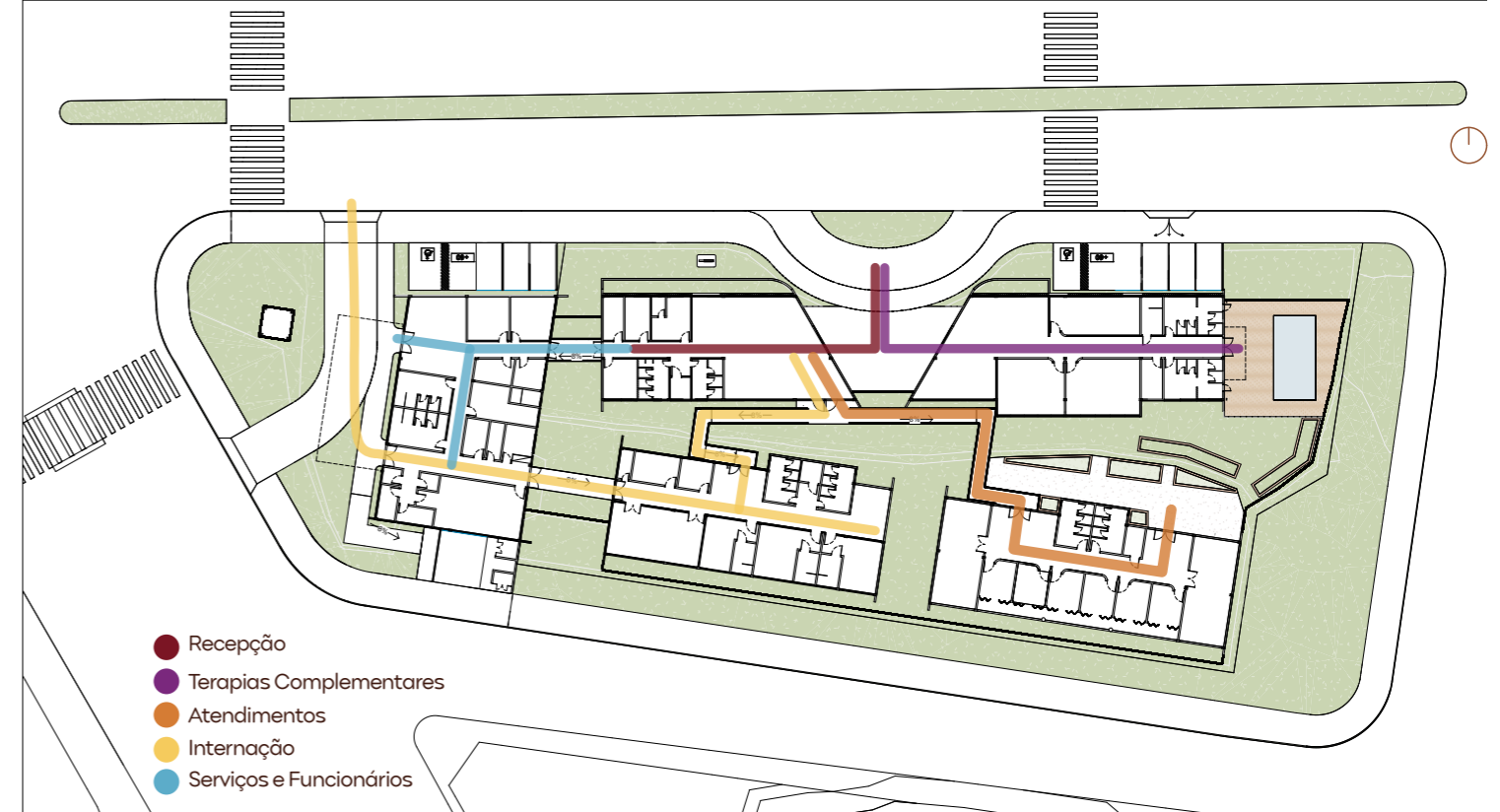
# PARTIDO ARQUITETÔNICO

Nessa proposta de partido, os principais fatores geradores da concepção inicial foram a topografia do terreno e a hierarquia das vias. De acordo com Mostafa, é imprescindível considerar as zonas sensoriais ao projetar um edifício para pessoas neurodivergentes, ou autistas. Por isso, a hierarquia das vias foi um fator decisivo na setorização das alas do CAPS, ao revelar quais avenidas produzem maiores níveis de ruído e, assim, indicar as zonas do lote que exigem menor estímulo sensorial.

Com isso, conclui-se que a locação do bloco de internação mais ao fundo, em direção à Rua Jordelina São de Melo era a solução mais adequada. Ao mesmo tempo, a entrada de ambulância e embarque e desembarque do acesso principal ocorreram nas duas avenidas – Av. Lúcio Rebelo, para a ambulância, e Av. Fonte Nova, no acesso principal – também revelou-se como o ideal.

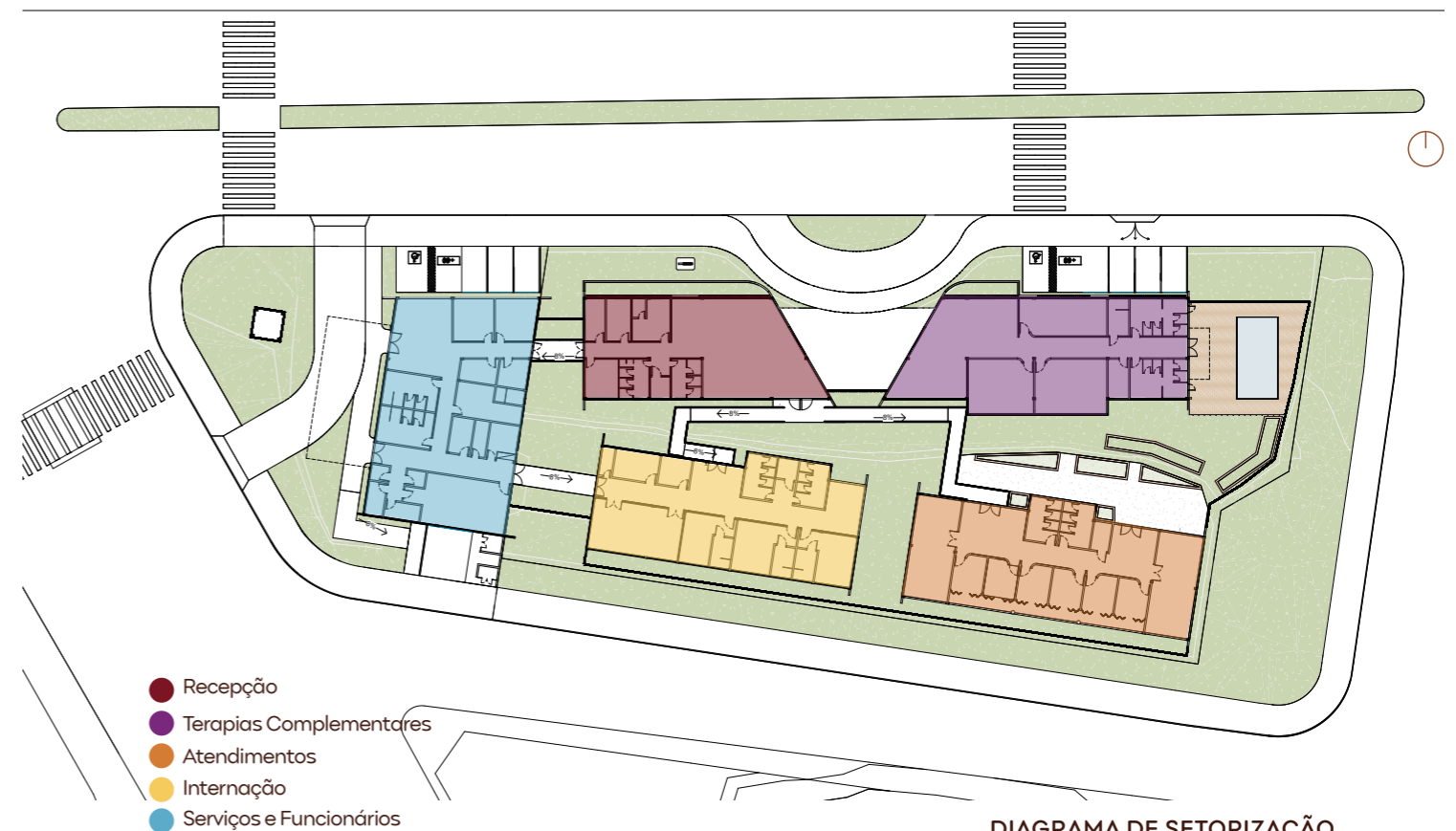
Outro ponto relevante foi a declividade do terreno, que orientou a implantação em lâminas e pavilhões alongados, organizados com os corredores voltados para os pátios internos, enquanto os consultórios foram direcionados para a rua de menor ruído.

Dessa forma, foi possível iniciar a proposta de ambiências voltadas a pátios internos e espaços de convivência e transição, que desempenham a função de acolher e aconchegar, promovendo a interação dos visitantes com a natureza. Essa solução está alinhada aos sete pontos de design propostos por Magda Mostafa, favorecendo uma abordagem espacial positiva para pessoas neurodivergentes. As transições por pátios de convivência promovem essa conexão direta com a vegetação e garantem a autonomia dos pacientes sem comprometer a segurança, já que esses espaços se concentram no centro do lote. Além disso, possibilitam a compartimentação e as transições espaciais, fundamentais para que o paciente compreenda e absorva o espaço sem se sobrecarregar.



- Recepção
- Terapias Complementares
- Atendimento
- Internação
- Serviços e Funcionários

**DIAGRAMA DE FLUXOS**  
Fonte: Elaborado pela autora.

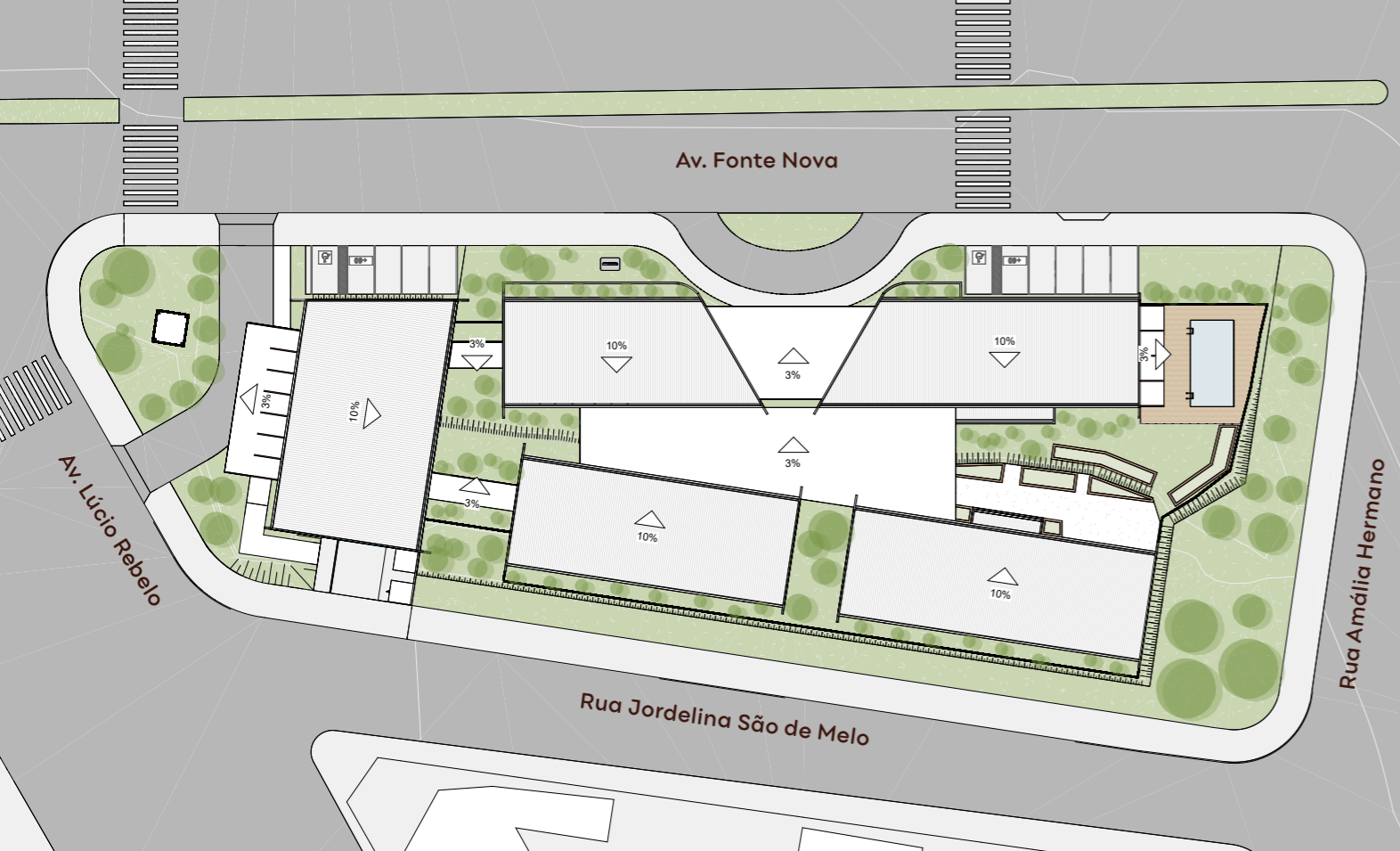


- Recepção
- Terapias Complementares
- Atendimento
- Internação
- Serviços e Funcionários

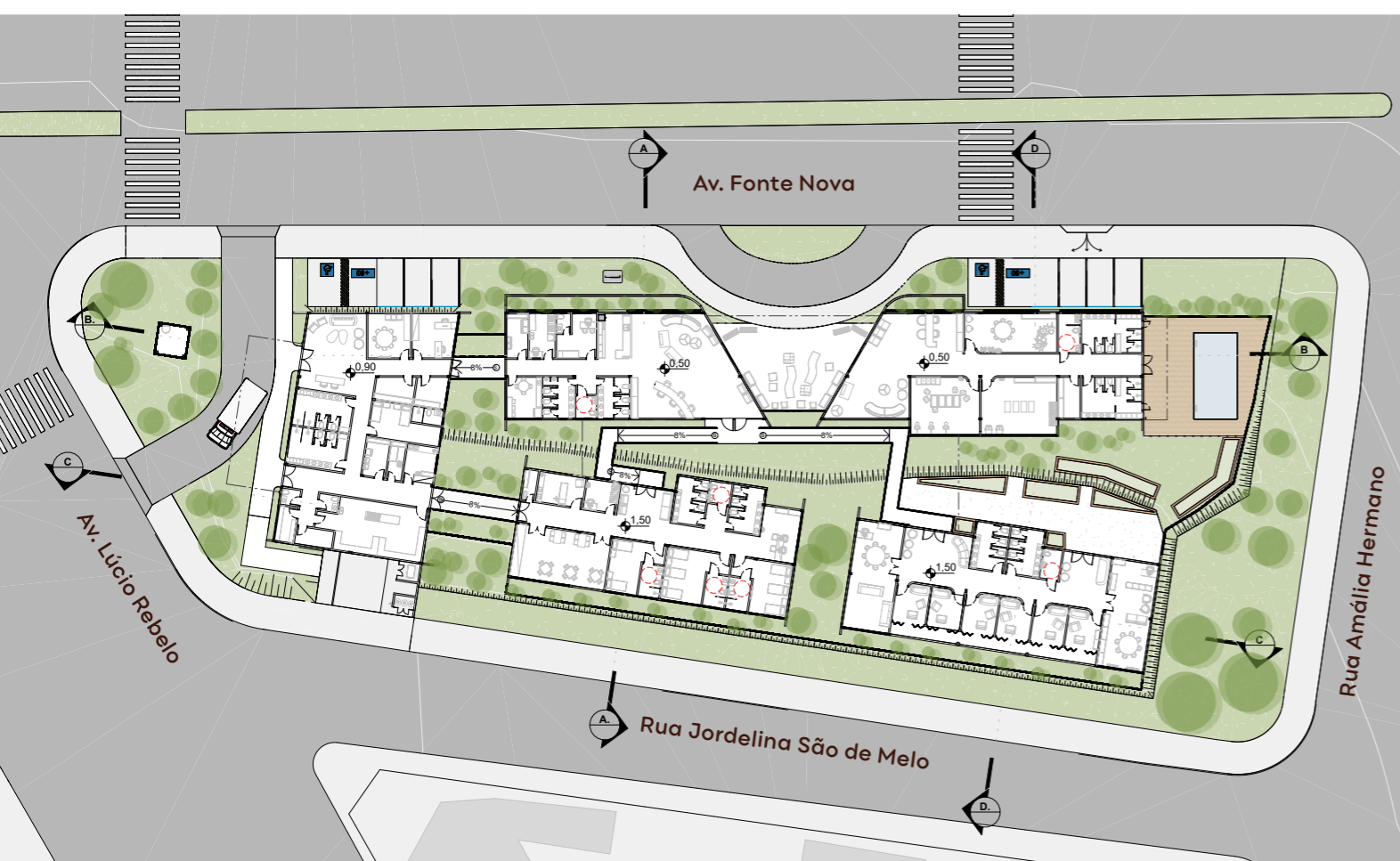
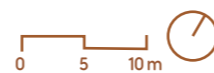
**DIAGRAMA DE SETORIZAÇÃO**  
Fonte: Elaborado pela autora.

7

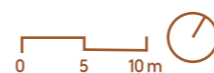
**PROJETO**



IMPLANTAÇÃO / COBERTURA



PLANTA BAIXA



O Caps Acalanto, localizado no Residencial Barravento, em Goiânia, foi concebido com o intuito de se afastar do espaço institucional de saúde e aproximar esse ambiente de terapias da atmosfera de conforto, acolhimento e cuidado.

Pensando no princípio da racionalização das técnicas construtivas, o edifício estrutura-se em um sistema híbrido composto por uma cobertura treliçada metálica, com vãos de 5m entre treliças longitudinalmente e, por uma malha de pilares e vigas biapoiadas em concreto armado, organizada em vãos de 5 x 7 m. Para o fechamento do telhado escolheu-se a telha termoacústica trapezoidal, que contribui para o desempenho térmico e garante um pé direito menor pela sua baixa inclinação, possibilitando um edifício mais horizontal e que se conecta com o entorno, onde não possui muitas construções altas.

Para a estruturação dos pergolados foi escolhido o aço corten em função do caráter público do projeto, uma vez que o material tem alta durabilidade e baixa manutenção. Além disso, a coloração avermelhada do material dialoga com a ambiência acolhedora que a proposta busca transmitir.

Assim, além da estruturação dos pergolados, o aço corten também está presente na concepção das marquises e nos brises de proteção solar.

Quanto à organização, a setorização estabelecida pelas zonas sensoriais definiu cuidadosamente também os fluxos e os diferentes níveis de acesso à edificação de forma que, gradualmente o nível sensorial vai caindo ao caminhar para o interior do lote e o silêncio prevalece.

A Avenida Fonte Nova deu origem ao porte cochere que será o acesso principal de todos os pacientes, que podem se deslocar para a recepção dos atendimentos de consultório, ou para a recepção das terapias complementares. Enquanto isso, na Avenida Lúcio Rebelo deu acesso a ambulância — que precisa entrar facilmente no terreno — e, a partir desse acesso, se organizou todo o fluxo da internação, cozinha e funcionários.

Essa organização foi pensada cuidadosamente para não haver cruzamento de fluxos e garantir privacidade aos pacientes da internação, que fica no centro do terreno, de forma que a ambulância tem acesso direto aos quartos e à sala de estabilização, enquanto os pacientes não graves devem passar pela recepção para então serem encaminhados a este bloco pela rampa.

A proposta contempla diferentes áreas de jardins e vegetação com objetivo de atender às múltiplas necessidades emocionais dos usuários, sejam pacientes ou a equipe de servidores. Nesse sentido, promove-se o contato direto com a natureza nos blocos de atendimento e terapias complementares, sendo possível acessar o pátio interno e os canteiros da horta comunitária. Essas duas áreas são as mais fluidas da proposta, em função de ambos serem o coração do CAPS Acalanto e onde os espaços são menos rígidos, os mobiliários são mais fluidos e o usuário tem mais autonomia para preencher os espaços, seja nos ambientes de espera e convivência, nas salas de Musicoterapia, Pilates e Arteterapia, ou nos pátios internos e externos

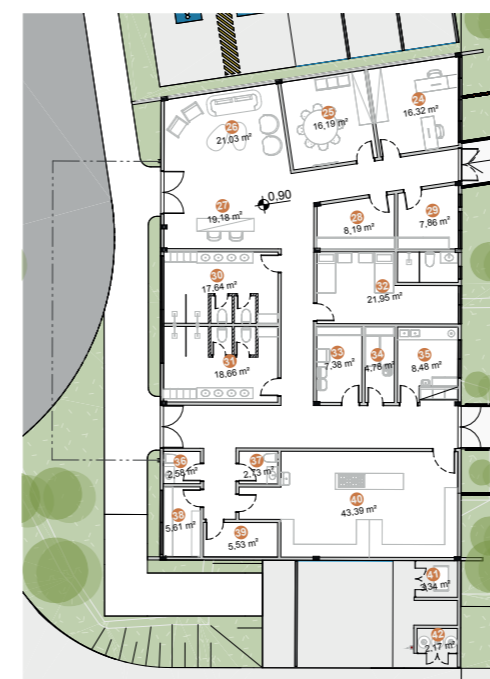
Dessa forma, enquanto no bloco de internação a preocupação foi a privacidade e segurança do paciente sensível, aqui nessas áreas de terapias a fluidez é mais presente e o paciente também é mais autônomo. Para o bloco da internação foram propostas varandas com vista para o jardim com intenção de que, mesmo na introspecção, o paciente ainda tenha contato com o exterior e a natureza, conforme as teorias do Roger Ulrich da recuperação psicofisiológica ao estresse, gerando uma resposta emocional positiva.

O projeto, portanto, tem esse papel de direcionar o usuário e garantir o conforto a cada grupo de pessoas, com uso de varandas fechadas para garantir segurança, e com uso de pátios abertos para dar fluidez e liberdade.

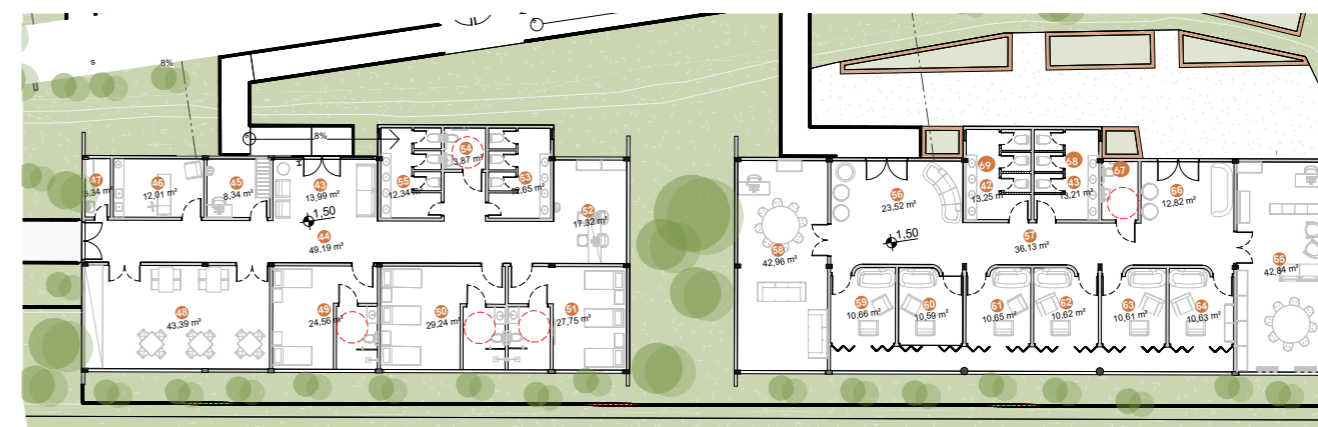
- 01 Pátio de transição
- 02 Espaço de convivência e espera
- 03 Recepção
- 04 Cafeteria
- 05 Sanitário Público Feminino
- 06 Sanitário Público PCD
- 07 Sanitário Público Feminino
- 08 Copa Funcionários
- 09 Consultório Indiferenciado
- 10 Farmácia
- 11 Área de Serviços e DML
- 12 Circulação
- 13 Espaço de convivência e espera
- 14 Recepção
- 15 Arteterapia
- 16 Fisioterapia e Pilates
- 17 Musicoterapia
- 18 Depósito piscina
- 19 Banheiro/Vest. PDC
- 20 Banheiro/Vest. Masculino
- 21 Banheiro/Vest. Feminino
- 22 Circulação
- 23 Hidroginástica
- 24 Sala Administrativa
- 25 Sala de Reuniões
- 26 Estar funcionários
- 27 Recepção
- 28 Arquivo morto
- 29 Almoxarifado
- 30 Vest. Func. Masculino
- 31 Vest. Func. Feminino
- 32 Quarto Plantonista
- 33 Área de serviços
- 34 DML
- 35 Sala de Utilidades
- 36 Sanitário Masculino
- 37 Sanitário Feminino
- 38 Depósito
- 39 Câmara fria
- 40 Cozinha
- 41 Lixo
- 42 GLP
- 43 Espera e Convivência
- 44 Circulação
- 45 Farmácia
- 46 Sala de Estabilização
- 47 DML
- 48 Refeitório
- 49 Quarto coletivo
- 50 Quarto coletivo
- 51 Quarto coletivo
- 52 Posto de Enfermagem
- 53 Sanitário Público Feminino
- 54 Sanitário Público PCD
- 55 Sanitário Público Masculino
- 56 Espera e Convivência
- 57 Circulação
- 58 Atendimento coletivo adultos
- 59 Atendimento individual adultos
- 60 Atendimento individual adultos
- 61 Atendimento individual adultos
- 62 Atendimento individual infantil
- 63 Atendimento individual infantil
- 64 Atendimento individual infantil
- 65 Atendimento coletivo infantil
- 66 Espera e Convivência
- 67 Sanitário Público PCD
- 68 Sanitário Público Feminino
- 69 Sanitário Público Masculino



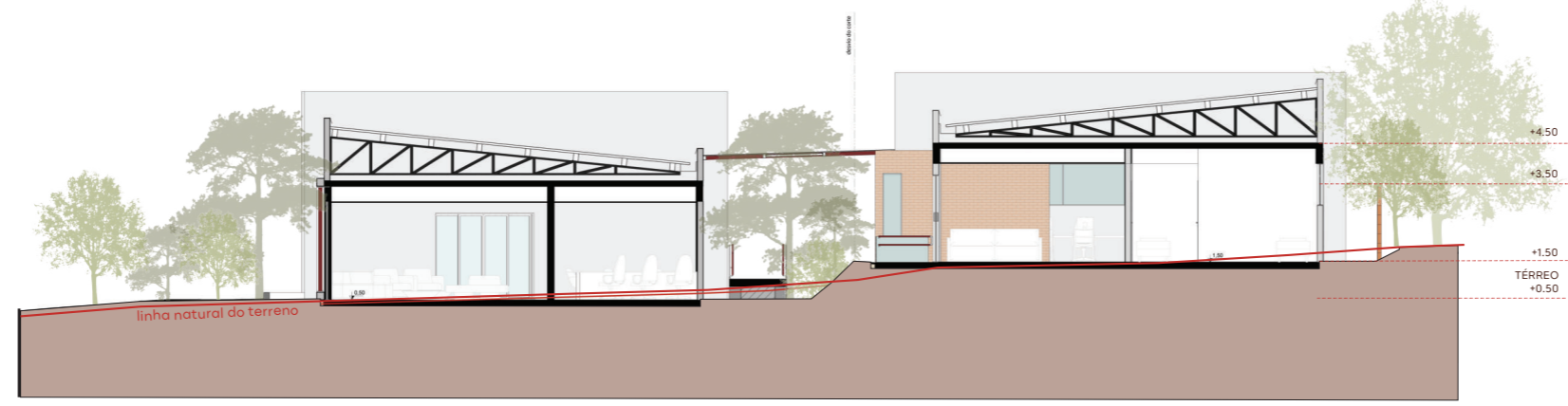
PLANTA BAIXA - NÍVEL +0.5



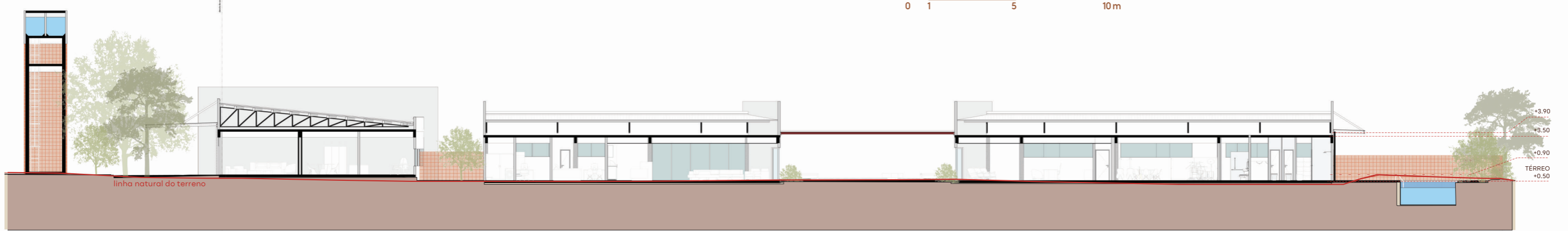
PLANTA BAIXA - NÍVEL +0.9



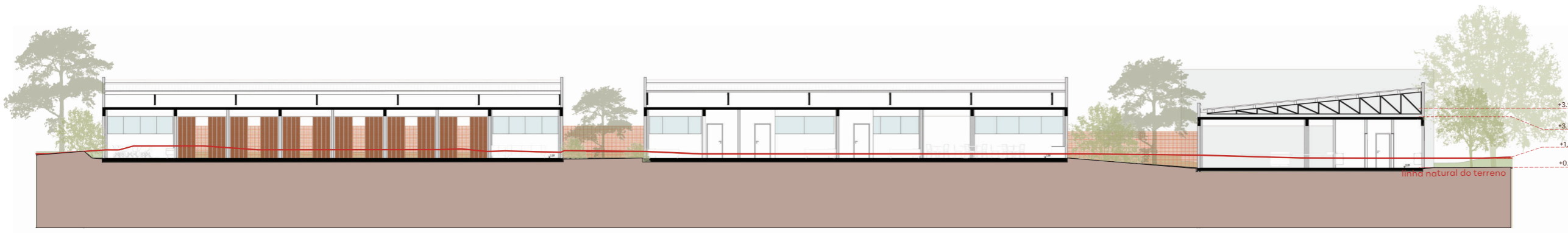
PLANTA BAIXA - NÍVEL +1.5



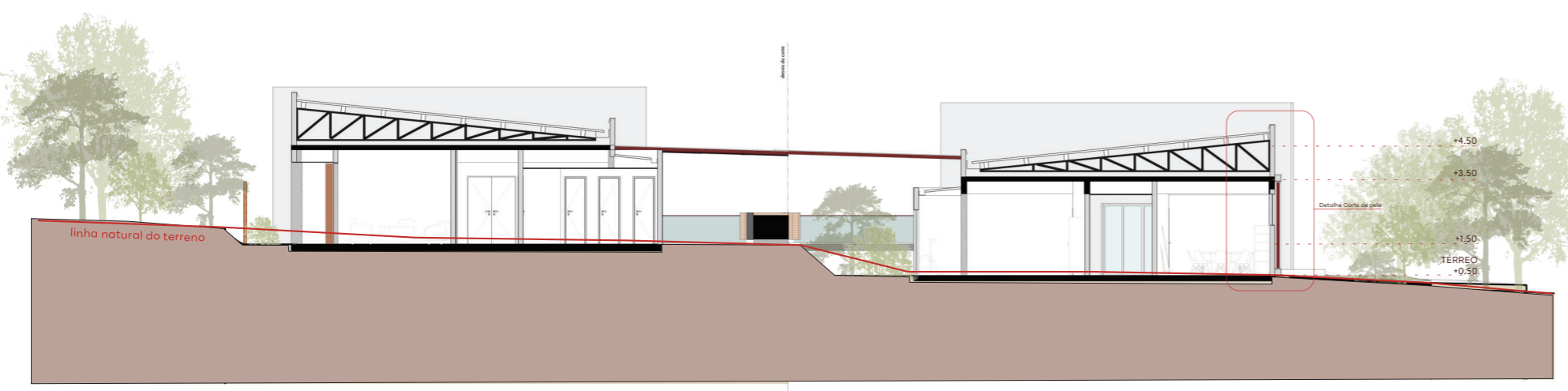
Corte A



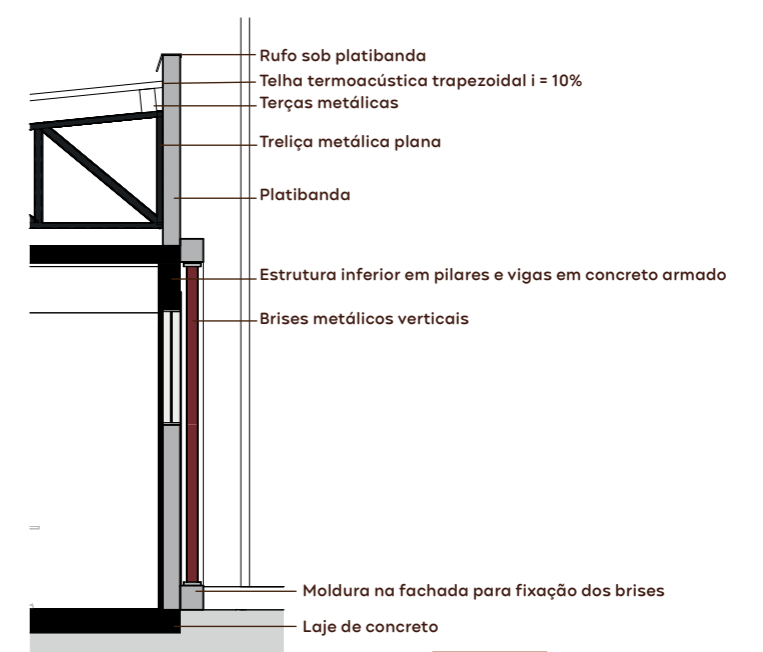
Corte B



Corte C



Corte D

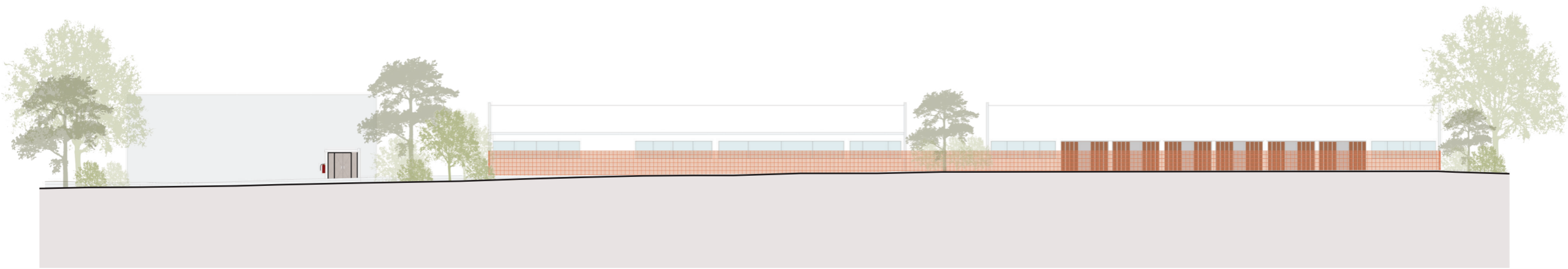


Corte de Pele

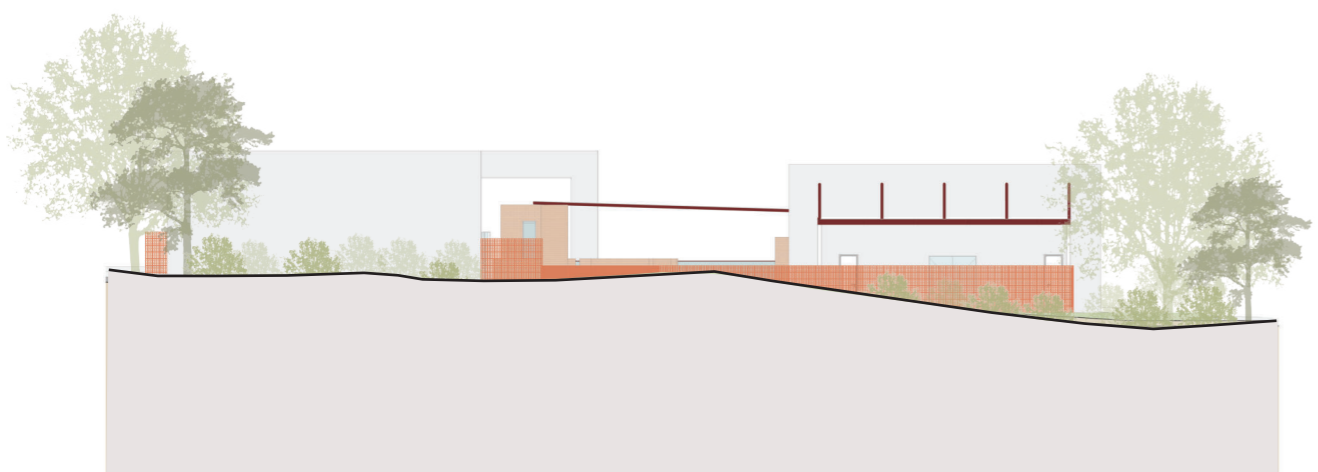




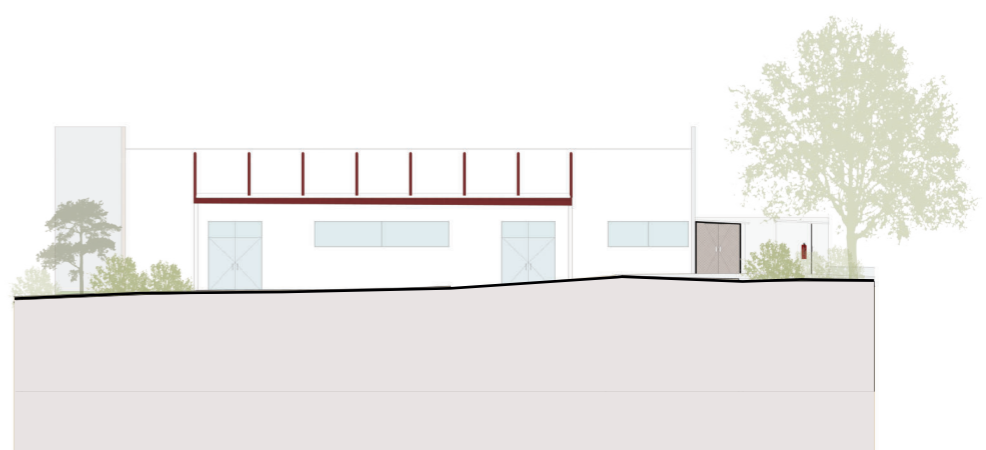
Elevação Norte



Elevação Sul



Elevação Leste



Elevação Oeste





Entrada Principal - Fachada norte



Entrada Principal - Bloco da Recepção



Entrada Principal - Pátio de transição



Fachada Sul - Bloco da Interação



Entrada Principal - Pátio de transição



Pátio de transição - Elemento vazado e pergolados



Entrada de Emergência - Bloco de serviços



Pátio interno - Rampas de acesso



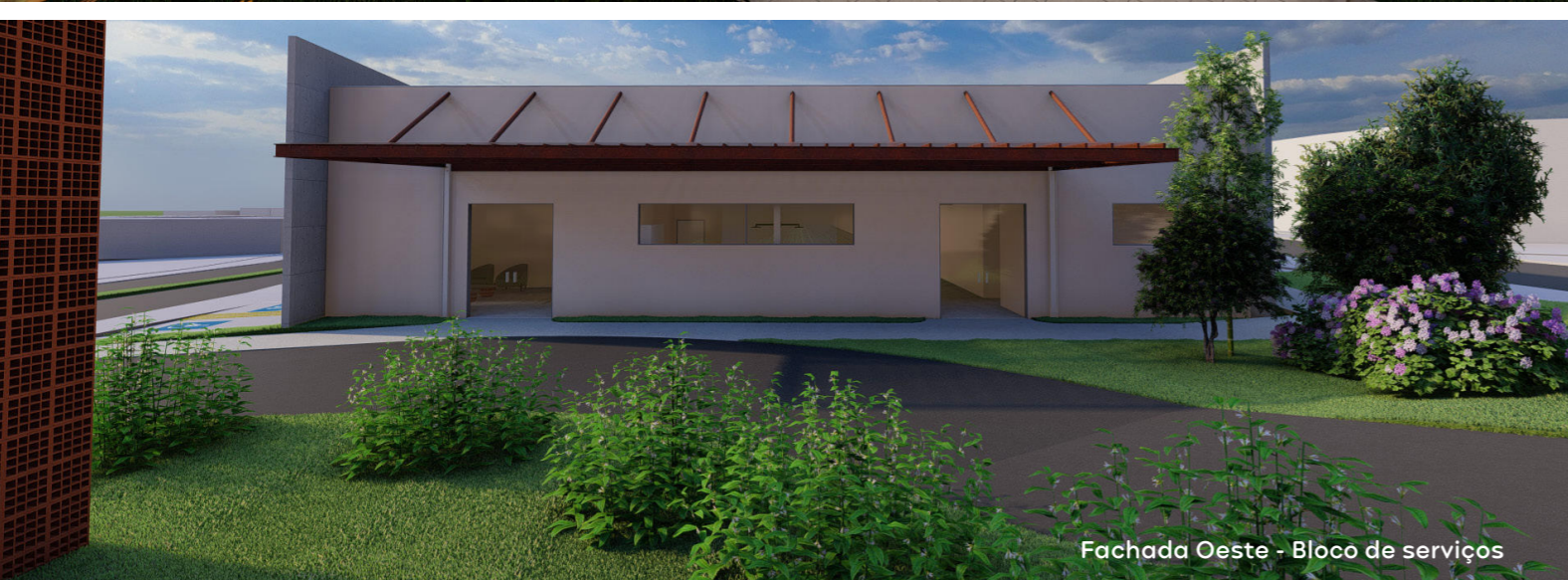
Bloco Recepção - Estar e convivência e Cafeteria



Pátio interno - Rampas de acesso



Fachada Norte - Geral



Fachada Oeste - Bloco de serviços



Fachada Leste - Hidroginástica e Horta



Horta Coletiva



Pátio interno - Rampas de acesso



Pátio interno - Rampas de acesso



Bloco Atendimento - Varandas

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste Trabalho de Conclusão de Curso permitiu aprofundar a compreensão da arquitetura enquanto agente ativo de cuidado, revelando que o espaço construído não apenas abriga práticas terapêuticas, mas também participa delas.

O tema nasce de um incômodo ao observar ambientes institucionais marcados pela frieza, e desconexão com o usuário. Essa realidade, observada em muitos equipamentos públicos de saúde, contrasta com referências brasileiras e internacionais que demonstram a viabilidade de espaços sensíveis, humanizados e afetivos na área da saúde. Assim, este trabalho buscou compreender como projetar um CAPS que se afastasse da lógica tradicional, aproximando-se de ambientes que comunicam cuidado, pertencimento e dignidade.

Ao longo da pesquisa, constatou-se que trabalhar com um público tão diverso e sensível exige mais do que cumprir normativas; exige se colocar no lugar do outro e um olhar interdisciplinar. A interlocução entre os autores reforçou que o ambiente físico pode reduzir sobrecargas sensoriais, apoiar rotinas, favorecer autonomia e ampliar a percepção de segurança. Nesse sentido, o espaço arquitetônico deixa de ser mero suporte e passa a integrar a rede terapêutica, funcionando como um mediador entre usuário, equipe e território.

O projeto desenvolvido buscou, portanto, materializar esses princípios em soluções espaciais que respondem às necessidades específicas de pessoas neurodivergentes, considerando gradações de estímulo, legibilidade ambiental, acessibilidade cognitiva e diversidade de usos. A proposta reafirma que o cuidado não se dá apenas na relação humana, mas também no modo como a arquitetura é capaz de oferecer abrigo, previsibilidade, conforto e oportunidades de interação significativa.

Em síntese, este trabalho evidencia que pensar arquitetura como espaço restaurador é reconhecer a dimensão ética do projeto arquitetônico. Projetar para a saúde mental, especialmente para neurodivergentes, implica assumir que o espaço tem impacto direto sobre a qualidade de vida. Assim, espera-se que esta investigação contribua para ampliar o debate sobre ambientes de cuidado no Brasil e estimule novas práticas projetuais que conciliem técnica, sensibilidade e compromisso social.

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

## LIVROS

ARBEX, Daniela. Holocausto Brasileiro: Vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil. 1. ed. – São Paulo: Geração Editorial, 2013. ISBN 978-85-8130-156-3.

BAUMAN, Zygmunt. Modernidade líquida. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2001.

GAINES, Kristi et al. Design For Autism Spectrum Disorders. New York: Routledge, 2016. Disponível em: [https://www.routledge.com/rsc/downloads/9780415725279\\_chapter\\_1.pdf](https://www.routledge.com/rsc/downloads/9780415725279_chapter_1.pdf). Acesso em: 30 maio. 2025

GRESSLER, S. C. & GÜNTHER, I. A. (2013). Estudos de Psicologia. SciELO Brasil. Ambientes restauradores: Definição, histórico, abordagens e pesquisas (pp.487-495). Universidade de Brasília - GO.

HOLL, Steven; PAMBOUVI, Juhani; PÉREZ-GÓMEZ, Alberto. Cuestiones de percepción: fenomenología de la arquitectura. 2. ed. Barcelona: Gustavo Gili, 2014.

HUGHES, J.M.F. (2016). Increasing neurodiversity in disability and social justice advocacy groups. Autistic Self Advocacy Network. Disponível em: <https://autisticadvocacy.org/wp-content/uploads/2016/06/whitepaper-Increasing-Neurodiversity-in-Disability-and-Social-Justice-Advocacy-Groups.pdf>. Acesso em: 1 maio. 2025.

KAPLAN, Rachel; KAPLAN, Stephen. The experience of nature: a psychological perspective. Cambridge: Cambridge University Press, 1989.

LIMA, João Filgueiras. Arquitetura: uma experiência na área da saúde. São Paulo - SP: Romano Guerra Editora, 2012.

MOSER, G. Examinando a congruência pessoa-ambiente: o principal desafio para a Psicologia Ambiental. Estudos de Psicologia (Natal), 8(2), p. 331-333, 2003.

MOSTAFA, Magda. An Architecture for Autism. Cairo, Egito, 201. Disponível em: [www.autism.archi/aspectss](http://www.autism.archi/aspectss). Acesso em: 28 abr. 2025.

NASCIMENTO, Sandra; PEREIRA, Camila; CALDAS, Inês; SILVA, Mariana; MENDONÇA, Teresa; LOURENÇO, Beatriz; GONÇALVES, Marco. Pandemia COVID-19 e Perturbação Mental: Breve Revisão da Literatura. Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, [S. l.], v. 6, n. 2, p. 67-76, 2020. DOI: 10.51338/rppsm.2020.v6.i2.146. Disponível em: <https://www.revistapsiquiatria.pt/index.php/sppsm/article/view/146>. Acesso em: 15 abr. 2025.

NESBITT, Kate (org.). Uma nova agenda para a arquitetura: antologia teórica (1965-1995). Tradução: Pedro Davoglio e Vera Ribeiro. São Paulo: Cosac Naify, 2013.

PALLASMAA, Juhani. Os olhos da pele: a arquitetura e os sentidos; tradução técnica: Alexandre Salvaterra - Porto Alegre : Bookman, 2011. ISBN 978-85-7780-777-2.

ROCHA, Fábio Lopes; HARA, Cláudia; PAPROCKI, Jorge. Doença mental e estigma. Revista Médica de Minas Gerais, v. 25, n. 4, p. 590-596, 2015.

SINGER, J. Neurodiversity: the birth of an idea (2ª edição). Judy Singer Editor. 2017.

The ASPECTSS™ of Architecture for Autism | Magda Mostafa | TEDxCairo. [S.l.], 2019. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=0H-6ilyQ9Bs>. Acesso em: 25 abr. 2025.

ULRICH, Roger S. View through a window may influence recovery from surgery. Science, v. 224, n. 4647, p. 420-421, 1984.

ULRICH, R.S.; SIMONS, R.F.; LOSITO, B.D.; FIORITO, E.; MILES, M.A.; ZELSON, M. Stress recovery during exposure to natural and urban environments. Journal of Environmental Psychology, v. 11, p. 201-230, 1991.

ULRICH, R. S. Effects of health facility interior design on wellness: theory and scientific research. Journal of Health Care Design, v. 3, p. 97-109, 1991.

WALKER N; RAYMAKER D.M. (2021). Toward a Neuroqueer Future: An Interview with Nick Walker. Autism in Adulthood. Volume 3, Número 1. DOI: 10.1089/aut.2020.29014.njw  
ZEVI, Bruno. Saber ver a arquitetura. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

## DOCUMENTOS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003. 604 p. ISBN: 85-89545-01-6. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg\\_sus.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf). Acesso em: 10 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centros de Atenção Psicossocial. [S.l.]. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps/caps>

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede de Atenção Psicossocial. [S.l.]: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. 56 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf). Acesso em: 20 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas 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: Ministério da Saúde, 2013. 34 p. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/manual\\_ambientes\\_caps\\_ua.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/manual_ambientes_caps_ua.pdf). Acesso em: 20 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 44 p. ISBN 978-85-334-2292-6. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros\\_atencao\\_psicossocial\\_unidades\\_acolhimento.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf). Acesso em: 20 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002. Diário Oficial da União. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html). Acesso em: 20 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para 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). Diário Oficial da União. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 20 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema único de Saúde (SUS): Princípios e Conquistas. Brasília - DF: Ministério Saúde, 2000. 44 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_principios.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf). Acesso em: 20 abr. 2025.

IPSOS. World Mental Health Day 2024: A 31-Country Ipsos Global Advisor Survey. Outubro de 2024. Disponível em: <https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/publication/documents/2025-02/ipsos%20World%20Mental%20Health%20Day%202024%20Global.pdf>. Acesso em: 10 abri 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Pandemia de COVID-19 desencadeia aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo. 2 mar. 2022. Disponível em: [www.paho.org/pt/noticias/2-3-2022-pandemia-covid-19-desencadeia-aumento-25-na-prevalencia-ansiedade-e-depressao-em](http://www.paho.org/pt/noticias/2-3-2022-pandemia-covid-19-desencadeia-aumento-25-na-prevalencia-ansiedade-e-depressao-em). Acesso em: 10 abri 2025.



**FAV**  
FACULDADE DE  
ARTES VISUAIS