

A CIDADE

CASA

deriva

cultura

vida

FLORES

cuidado

desejo

ESPAÇO URBANO

MUROS

Saúde Mental

oportunidades

RESISTÊNCIA

arquitetura, cidade e loucura: um residencial terapêutico e um centro de cultura no centro de Porto Alegre

Trabalho de Conclusão de Curso
de Arquitetura e Urbanismo
Jamilé Tabbal Mallet
Orientadora: Daniele Caron
UFRGS | 2020/1



SUMÁRIO

2 Aspectos relativos ao tema

- 2 A LOUCURA E A ARQUITETURA
- 3 O MODELO MANICOMIAL
- 4 A LUTA ANTIMANICOMIAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA
- 6 LINHA DO TEMPO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL
- 8 A PROPOSTA: UM RESIDENCIAL TERAPÊUTICO E UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA
- 9 A LOCALIZAÇÃO

10 Aspectos relativos ao desenvolvimento do projeto

- 10 METODOLOGIA E INSTRUMENTOS DE TRABALHO
- 11 A APROXIMAÇÃO COM O RESIDENCIAL TERAPÊUTICO MORADA VIAMÃO

12 Aspectos relativos às definições gerais

- 12 A POPULAÇÃO ALVO: OS MORADORES E A COMUNIDADE
- 13 AGENTES DE INTERVENÇÃO E SEUS OBJETIVOS
- 13 ASPECTOS ECONÔMICOS E FONTES DE RECURSOS
- 13 ASPECTOS TEMPORAIS E ETAPAS DE EXECUÇÃO

14 Aspectos relativos à definição do programa

- 14 ATIVIDADES E GRUPAMENTOS ESPACIAIS
- 15 PROGRAMA DE NECESSIDADES

16 Levantamento da área de intervenção

- 16 INSERÇÃO URBANA, EQUIPAMENTOS E ÁREAS VERDES
- 17 MALHA VIÁRIA
- 18 MORFOLOGIA E USOS
- 19 CONDIÇÕES DE INSOLAÇÃO
- 20 AMBIÊNCIA DO ENTORNO
- 22 MAPA SÍNTESE DO LEVANTAMENTO

24 Condicionantes legais

- 24 PDDUA
- 24 CÓDIGO DE EDIFICAÇÕES
- 26 NORMAS DE PROTEÇÃO CONTRA INCÊNDIO
- 27 NORMA DE ACESSIBILIDADE
- 27 NORMAS DE PROVEDORES DE SERVIÇO

29 Fontes de informação

Na Idade Média, acreditava-se que os loucos eram aqueles que tinham uma pedra na cabeça. Em um quadro do pintor holandês Bosch, há um médico cirurgião fazendo uma operação para retirar a pedra da loucura de um sujeito. Só que, ao invés de encontrar uma pedra, ele retira da cabeça uma flor.



A LOUCURA E A ARQUITETURA

Há, no mundo, múltiplas definições conceituando o que seria a Arquitetura. Eu, no dia de hoje, pensando no que é a arquitetura, penso que ela é a materialização física dos costumes, das ideias, dos sentimentos de uma sociedade. É a transposição dos medos, dos desejos, das necessidades, dos ideais – individuais e coletivos – dos universos singulares da subjetividade para o mundo palpável, tocável, visível, vivo. Compartilhado.



A cidade é produzida por e produtora de subjetividades. Sendo local de encontro, de partilha, de afetar e de ser afetado. Local que pode ser de expressão ou, então, de repressão de subjetividades.

E quem constrói? Quem habita? A arquitetura e o urbanismo são, há muito tempo, manifestações extremamente expressivas, muitas vezes violentas, dos poderes coordenados pela sociedade dominante. Muitas vezes oprimindo, segregando, invisibilizando e enclausurando, através do espaço construído – grande aliado e serviçal das estruturas sociais, econômicas e políticas vigentes.

E quem são os personagens oprimidos, segregados, invisibilizados e enclausurados?

Alguns são os que chamam de loucas e loucos. A loucura não posso tentar definir, mas acho que podemos dizer que o louco é um Outro. Outro colocado na posição de diferença, por outro Outro, que analisa-o, classifica-o e chama-o como tal.

Há loucura pela exclusão e há exclusão pela loucura. Nossa cidade expressa tudo isso muito bem: as margens subjetivas transpassam-se para margens físicas nas ruas, nos prédios, nas grades, nas vilas, nos manicômios. A cidade mais do que expressa, reforça. Mais do que reforça, causa.

E o que já se fez com as loucuras? Que lugares foram destinados a abrigá-las?

Que lugares *levaram* à loucura, ao abrigar aqueles rejeitados ou temidos por uma sociedade?

Que faz a arquitetura com a loucura nos dias de hoje? Qual o espaço da loucura na cidade?

E que papel deve ter a arquitetura na evolução da aceitação da diferença? Podendo carregar por nós ideias por mais tempo que nossos corpos podem, os espaços construídos (ou as ruínas dos destruídos) são mais do que uma expressão de trajetórias passadas, são também indicativos do caminho a se seguir – ou a transformar.

O MODELO MANICOMIAL

“A existência do louco atravessou grandes períodos nos quais esteve em estado de liberdade, de aceitação comum e de coexistência no espaço comunitário; foi celebrada em rituais próprios, em procissões urbanas, no teatro grego; foi alvo de caridade religiosa, aceita em enfermarias, fossem elas claustrais e basilicais da Idade Média ou cruciformes do Renascimento, lugares comuns às pessoas doentes e necessitadas; passou por períodos de errância entre comunidades, navios, reclusão em prisões e torres; foi condenada, junto a todos os marginalizados, miseráveis e delinquentes aos hospitais gerais; e, enfim, encontrou-se com o território exclusivamente médico: o manicômio”, como conta Ana Paula Vicceli.

É a partir da Modernidade que a loucura ganha o rótulo de doença mental, tornando-se refém da psiquiatria, ramo não somente da área da saúde, mas da higiene pública – encarando a loucura como perigo social. Desenvolve-se, então, em conjunto com os arquitetos, uma instituição total, baseada no modelo da internação, oportuna para eliminar do contexto social aqueles que ameaçassem a ordem desejada: o manicômio – ilha da loucura, enlouquecedora, distante dos olhos e dos ouvidos dos centros urbanos. Essas pessoas, então, perdem seu direito à cidade – direito de circular, de criar laços, de vivenciar conflitos, de experienciar acontecimentos, de sentir as possibilidades dos caminhos, de compor a coletividade urbana.

O principal símbolo arquitetônico desse dispositivo disciplinar, para Foucault, é o modelo Panóptico: modelo espacial concebido com a proposta de estabelecer claras hierarquias entre os indivíduos de uma instituição, instaurando espacialmente o controle, a disciplina e a vigilância de cada paciente. A arquitetura, aqui, funciona como instrumento de domínio, sendo os manicômios, atrás de seus muros e grades, grandes exemplos da materialização de poderes e de medos.

“O lugar da loucura a partir da Modernidade se inclui entre os diversos novos espaços sociais modernos – escola, fábrica, hospital, prisão –, pacificados e normatizados, onde o principal objetivo arquitetônico é, através da disposição espacial, domar os fluxos e garantir a completa subserviência e docilidade dos corpos.” Ana Paula Vicceli.

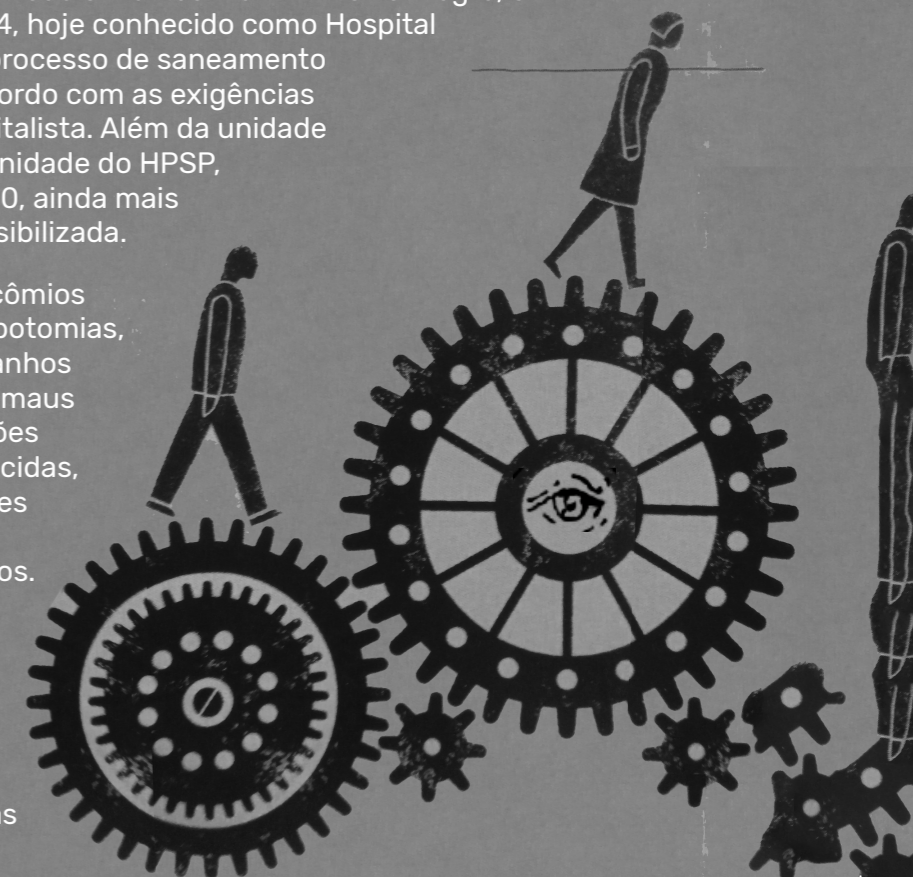
No Brasil, os primeiros hospitais psiquiátricos surgem em meados do séc. XIX, profundamente influenciados pela psiquiatria europeia e atendendo ao modelo manicomial. Em Porto Alegre, é inaugurado o Hospício São Pedro em 1884, hoje conhecido como Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), parte do processo de saneamento e regulamentação social da cidade, de acordo com as exigências e princípios da emergente sociedade capitalista. Além da unidade em Porto Alegre, instalou-se uma outra unidade do HPSP, o Dom Bosco, em Viamão, na década de 70, ainda mais afastada dos centros urbanos e mais invisibilizada.

Ao longo do tempo, a realidade dos manicômios passa a ser denunciada, composta por lobotomias, eletrochoques, excesso de medicação, banhos frios, abusos sexuais, agressões físicas e maus tratos por parte dos funcionários, condições precárias de trabalho, mortes não esclarecidas, superlotação, falta de alimentos, e às vezes até de luz e de água. As malhas urbanas expandiram-se, alcançando os manicômios. Os manicômios se provaram caros, ineficazes e desumanos.

E surge, então, um movimento que luta contra esses lugares de exclusão e de silenciamento, disposto a enfrentar os estigmas da sociedade e a imaginar outras formas de olhar para a saúde mental.

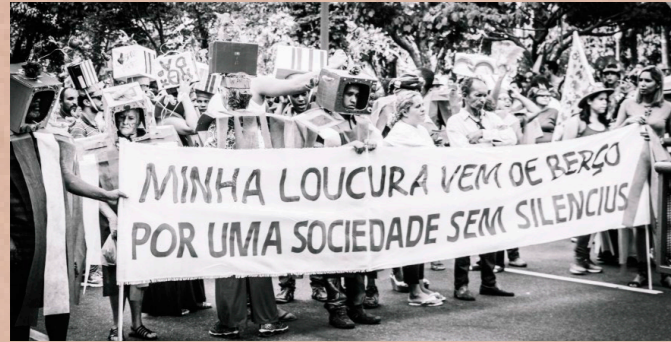
“Durante muitos anos, o atendimento aos portadores de sofrimento psíquico se reduziu a trancar em grades, ao excesso de medicação, a matar o sujeito à míngua, deixá-lo sem vontade própria, despotencializá-lo em ambientes com condições de higiene precária, que custavam caro aos cofres públicos e onde o sujeito não tinha acesso ao seu dinheiro. Enfim, uma subvida sem autonomia.”

Mara Eliane Dutra dos Santos, cuidadora do Residencial Terapêutico Morada Viamão, e anteriormente cozinheira no Hospital Psiquiátrico Dom Bosco.



A LUTA ANTIMANICOMIAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Fortalecendo-se na década de 80, o movimento da luta antimanicomial forma-se por trabalhadores da saúde mental, por usuários dos serviços e suas famílias e por cidadãos em geral, propondo a eliminação dos manicômios e defendendo a construção de uma rede substitutiva de serviços. Uma rede de cuidado em liberdade, para que se criem novas relações entre a cidade e a loucura, entre a sociedade e a diferença.



Esse processo, político, social e cultural, que enfrentou a resistência de diversos setores da sociedade, culminou na Reforma Psiquiátrica, amparada por leis estaduais e federais. O Rio Grande do Sul foi o estado a aprovar a primeira lei da Reforma Psiquiátrica do Brasil, em 1992. Em 2001, conquistou-se a lei nacional 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

A Reforma Psiquiátrica, defendendo a ideia de não haver um único lugar exclusivo para o louco, passa a construir a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como parte do Sistema Único de Saúde (SUS). A atenção psicossocial busca reduzir as limitações impostas pelo sofrimento mental e suas repercussões, e a reforma psiquiátrica não só busca outra forma de tratar a loucura, mas, com as redes de cuidado e a democratização do acesso à saúde, melhorar a qualidade de vida e a saúde mental da população em geral.

A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

ATENÇÃO BÁSICA

- Unidade Básica de Saúde;
- Núcleo de Apoio a Saúde da Família;
- Consultório de Rua;
- Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- Centros de Convivência e Cultura. ←

ATENÇÃO HOSPITALAR

- Enfermaria especializada em hospital geral;
- Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

ESTRATÉGIA DE DESINTITUCIONALIZAÇÃO

- Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); ←
- Programa de Volta para Casa (PVC).

ESTRATÉGIAS DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

- Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda;
- Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO

- Unidade de Acolhimento;
- Serviço de Atenção em Regime Residencial.

ATENÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- SAMU 192;
- Sala de Estabilização;
- UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência /pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde.

ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESTRATÉGICA

- Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades.

Como parte da Rede de Atenção Psicossocial, surgem os Residenciais Terapêuticos, como serviço de moradia para ex-internos de hospitais psiquiátricos que não possuam suporte financeiro, social, estrutura psíquica ou laços familiares que permitam a sua reinserção social de forma independente, oferecendo uma nova forma de morar - respeitando os desejos dos moradores, estimulando a sua autonomia, a presença dos mesmos na cidade e a criação de novos vínculos sociais.

“Recolocar os sujeitos que historicamente perderam as possibilidades de encadear o seu mundo ao mundo em funcionamento com a realidade urbana requer, de ambas as partes, louco e cidade, uma abertura para que esse reencontro possa acontecer, e com ele o resgate da loucura como um componente da cultura, que a própria sociedade tratou de ocultar por meio dos muros do manicômio e muros mentais invisíveis, que colocam um limite entre o eu-social e os sociais, entre os iguais e a diferença.”

Ana Paula Vieceli, A Torre de Ismália

Em Porto Alegre, a partir da lei estadual de 1992, que determinou a gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico por uma rede integrada e por variados serviços assistenciais de atenção sanitária e social, o Hospital Psiquiátrico São Pedro entrou em estado de desativação gradativa na direção dos equipamentos substitutivos, processo que segue em curso.

A luta antimanicomial envolve encarar aquele visto como louco como sujeito, produtor de si, devolvendo-lhe os direitos que lhe foram suspensos, defendendo sua autonomia, sua cidadania, reconhecendo o direito de que ele tenha lugar para a sua subjetividade, respeitando a sua individualidade e possibilitando o retorno às escolhas. Movimento em contínua transformação, a Reforma Psiquiátrica defende um modelo de atenção territorializada e comunitária, necessitando para sua efetividade de ações intersectoriais relacionadas à cultura, à saúde, à política, à educação, envolvendo diversos atores, instituições e forças.

Os novos serviços substitutivos ao manicômio, no entanto, não garantem, por si só, uma natureza não manicomial. Esses novos serviços podem reproduzir as mesmas características ou se reconfigurarem como um novo modelo fechado em si e estagnado, criando um novo lugar exclusivo para o louco e reproduzindo a lógica manicomial. Para que isso não aconteça, necessita a arquitetura, em conjunto com os esforços de outros múltiplos atores, encarar o desafio de criar espaços que expressem e colaborem com as intenções de tratamento em saúde mental da Reforma Psiquiátrica, em um debate que envolve muito mais que conceber uma tipologia arquitetônica...



“Percebe-se a importância de um investimento nas pontes, nas portas, nas conexões com os diversos atores do território, com os movimentos sociais que protagonizaram a ruptura com o modelo manicomial, para que a institucionalização dos atuais serviços de saúde mental não venha a calcificar a sua concha e fechá-la em si mesma, e que não interrompa os movimentos vivos de resistência à manicomialização. Além dos muros físicos, visíveis e palpáveis que encontramos no interior do espaço arquitetônico, esbarramos também em alguns muros invisíveis. Os muros são estruturas ou elementos arquitetônicos que, mesmo ao deixarem de existir fisicamente, continuam existindo no pensamento de uma sociedade que ainda carrega os vestígios, os rastros de muros manicomialmente invisíveis. Muros que constituem uma herança do pensamento que entende a loucura como algo a esconder, a guardar entre muros, que desacredita no convívio e nas trocas com o mundo lá fora, que desautoriza a palavra do louco, excluindo da sua vida as possibilidades de construir novas dobras, novos modos de existir.”

Ana Paula Vieceli, Lugares da Loucura



A implementação da Política de Reforma Psiquiátrica é marcada por avanços e retrocessos, que revelam as disputas do setor privado para apropriação de recursos públicos e destinados ao SUS. Vivendo em um momento político que ameaça todos os avanços já conquistados pela Reforma Psiquiátrica, com o perigo da consolidação de uma contrarreforma, o movimento antimanicomial segue vivo, necessitando se manter em vigilância e seguir lutando.

“A saída dos manicômios, construindo outros jeitos de morar, com cuidado em liberdade, é preciosa para nós defensores/as e militantes da luta antimanicomial. Os avanços obtidos a partir dos movimentos sociais neste campo, dependendo do momento político, estão mais ou menos vulneráveis a retrocessos. Muito temos discutido e duramente criticado as práticas originadas dentro dos manicômios e que mesmo fora deles podem se perpetuar. O eletrochoque, as contenções, internações compulsórias, a exclusão pela loucura e a loucura pela exclusão, a interdição, a não validação do discurso do/a louco/a no social conformando sujeitos antecidos pelo diagnóstico, são fantasmas que nos rondam, questões com as quais nos ocupamos, entendimentos ainda em construção e desconstrução na sociedade.”

Stelamaris Gluck Tinoco - (Des)encontros na Crise: construir incertezas, que caminho é esse?

LINHA DO TEMPO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL



Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro



Hospital Psiquiátrico São Pedro, em Porto Alegre, em 1922



Ambiente interno do Hospício Pedro II



Leprosário Itapuã, em Viamão



Prédio do antigo manicômio Dom Bosco, em Viamão

modelo hospitalocêntrico

promoção de estigma dos hospitalizados

invisibilização

tratamento focado em medicamentos e cirurgias

falta de autonomia

1852

isolamento

1884

silenciamento

1940

maus tratos

1970

superlotação

Inauguração do Hospício de Pedro II, no Rio de Janeiro, primeiro hospital psiquiátrico do Brasil

Inauguração do Hospício São Pedro, em Porto Alegre, hoje conhecido como Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP)

fragilização das relações sociais

Inauguração do Leprosário Itapuã, hoje Hospital Colônia Itapuã, que além de receber os pacientes de hanseníase também recebia pacientes psiquiátricos (e ainda recebe até hoje)

Inauguração do Dom Bosco, unidade do HPSP em Viamão, em um prédio anteriormente abrigo da FEBEM

cuidado em liberdade

incentivo à autonomia

1987

Publicação do primeiro manifesto público a favor da extinção dos manicômios durante o II Congresso Nacional de Trabalhadores da Saúde Mental, nascendo oficialmente o Movimento Antimanicomial

universalização do acesso à saúde

rede pública de base comunitária

1992

Aprovação no Rio Grande do Sul da primeira lei da Reforma Psiquiátrica do Brasil

desinstitucionalização

2001

Aprovação da lei nacional 10.216, que instaura a Reforma Psiquiátrica no Brasil

descentralização

modelo assistencial

atendimento humanizado e multidisciplinar

2002

Inauguração do Morada São Pedro, localizado atrás do hospital psiquiátrico e dentro da Vila Cachorro Sentado

redução de danos

2005

Inauguração do Morada Viamão, localizado atrás do Dom Bosco, hospital psiquiátrico desativado

inclusão social

territorialização

CONTRARREFORMA PSIQUIÁTRICA?

2018

Criação da Frente Parlamentar Mista em Defesa da Nova Política Nacional de Saúde Mental e da Assistência Hospitalar Psiquiátrica

investimento público em equipamentos privados

desmonte da RAPS

incentivo à cultura da hospitalização



Manifestação antimanicomial em BH, em 2019



Faixa em manifestação no dia da luta antimanicomial



SRT Morada São Pedro



SRT Morada Viamão



Faixa denunciando o desmonte da RAPS

A PROPOSTA: UM RESIDENCIAL TERAPÊUTICO E UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA E CULTURA

A proposta deste Trabalho de Conclusão de Curso consiste, então, em desenvolver o projeto arquitetônico de um novo Residencial Terapêutico, localizado em Porto Alegre, comprometido com a luta antimanicomial e com o direito à cidade, juntamente com um Centro de Convivência e Cultura, com atividades abertas à população.

Defendendo que a saúde mental não pode ser mercantilizada, propõe-se que o novo Residencial Terapêutico a ser projetado seja um serviço de domínio e gestão públicas, a ser mantido pela Secretaria da Saúde do Estado ou pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, assim como o Centro de Convivência e Cultura, como serviços integrantes da Rede de Atenção Psicossocial do SUS. Atualmente, existem dois residências estaduais na Grande Porto Alegre – sendo eles o Morada São Pedro, inaugurado em 2002, e o Morada Viamão, inaugurado em 2005 –, e cinco residenciais municipalizados, sendo que alguns deles possuem vínculo com entidades privadas.

A proposta deste trabalho justifica-se pela carência de Serviços Residenciais Terapêuticos em Porto Alegre, considerando que ainda há pacientes internados no Hospital Psiquiátrico São Pedro e no Hospital Colônia Itapuã e que a demanda por um local de cuidados para a saúde mental sempre existirá. Os SRTs de Porto Alegre têm capacidade hoje para menos de 80 moradores no total, e a ampliação da oferta desse serviço está tanto nos planos estaduais quanto municipais – a ideia do Plano Estadual de Saúde é construir 30 residenciais, enquanto a prefeitura de Porto Alegre declara que pretende inaugurar 10 residenciais nos próximos anos, tendo sido inaugurados dois em 2019.

Considerando o momento socio-político que enfrentamos no Brasil hoje, em que começa a se desenvolver uma contrarreforma psiquiátrica, com tendências a privatizar o tratamento em saúde mental, retrocedendo em décadas no debate sobre saúde mental e direitos humanos, defende-se aqui a necessidade da expansão da Rede de Atenção Psicossocial com equipamentos públicos e a importância de a luta antimanicomial manter-se viva e ativa, mantendo os avanços conquistados pela Reforma Psiquiátrica, e defende-se a necessidade do envolvimento de arquitetos e urbanistas nessa luta.



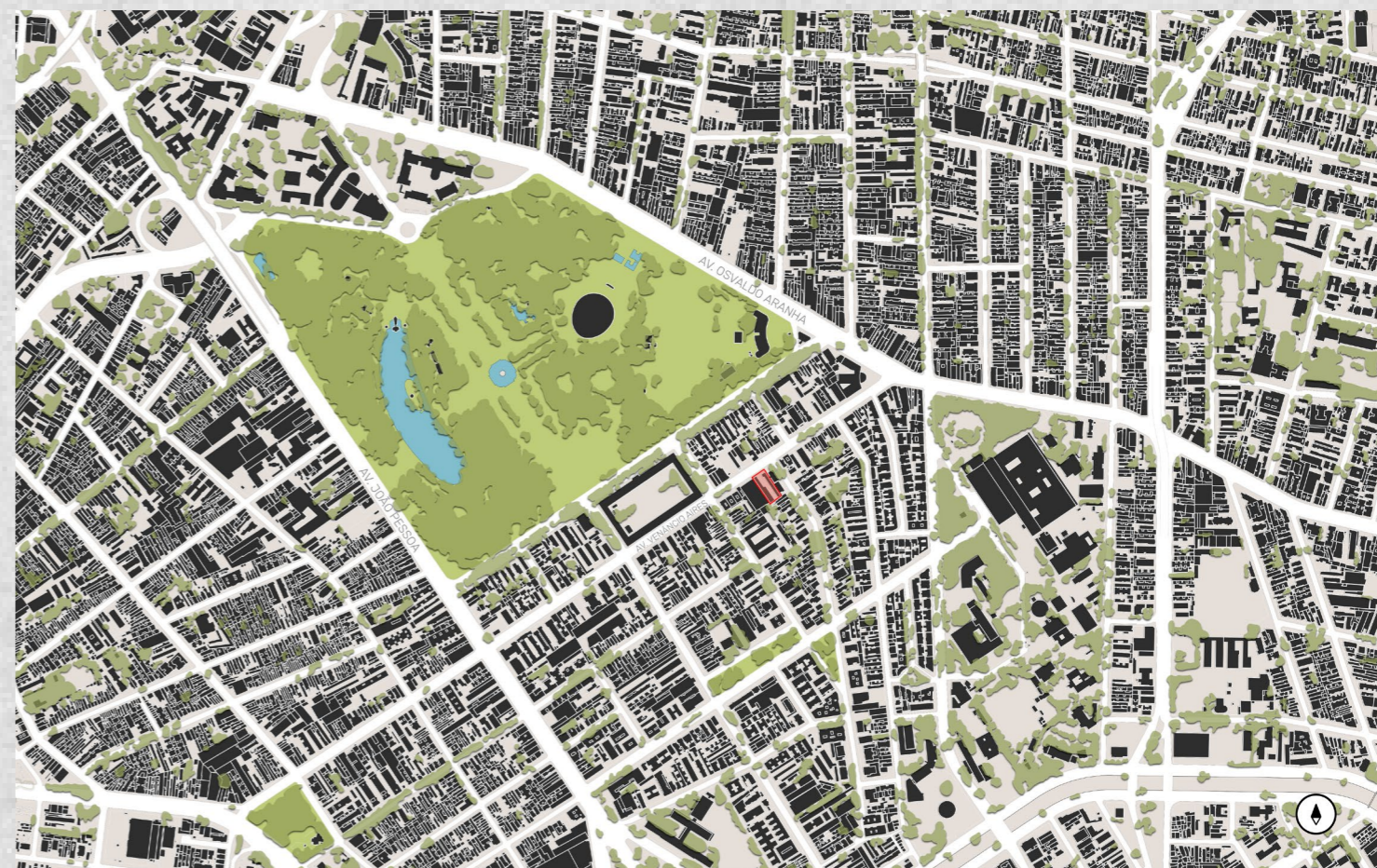
“Conforme Sandra Leon, também da Comissão de Saúde Mental e do Fórum Gaúcho de Saúde Mental, o residencial terapêutico deve preconizar ser uma casa dentro da comunidade, na qual o usuário possa interagir, no comércio e espaços de lazer, porém critica as iniciativas existentes. “Aquelas casas existentes na Vila Cachorro Sentado estão atreladas ao Hospital São Pedro. É preciso desinstitucionalizar, ir para fora e além dos muros. A ideia do Plano Estadual de Saúde é construir 30 residenciais terapêuticos. Vamos fiscalizar para que não seja mais um condomínio, um minimanicômio. E estas pessoas têm de ser assistidas”, alerta.” Trecho de matéria do jornal Extra Classe

Quanto aos Centros de Convivência e Cultura (CECOs), eles são inclusos como dispositivos públicos da RAPS, onde são oferecidos às pessoas espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cidade. Os Centros são espaços com potencial para a promoção de trabalho, geração de renda, economia solidária, lazer, cultura, saúde, entretenimento, inclusão social, debates, assembleias sobre problemas de sua comunidade, podendo propiciar o encontro e a articulação entre diversos públicos.

Os CECOs são fundamentais para o processo de desinstitucionalização, para a promoção de direitos sociais, e para a articulação de relações com o território – no entanto, não há ainda nenhum Centro de Convivência como serviço da RAPS em Porto Alegre. Associa-se aqui, então, um Centro de Convivência a um Residencial Terapêutico, reconhecendo o papel estratégico dos CECOs para o cuidado em Saúde de forma integral e acreditando no potencial desta articulação, acreditando que é através do encontro com a cidade e do encontro entre diversas pessoas que os princípios e vontades da Reforma Psiquiátrica podem ser alcançados.

A LOCALIZAÇÃO

Entendendo a relevância da inserção urbana de um Residencial Terapêutico para que ele possa cumprir com as intenções propostas pelo serviço, foram considerados os princípios da Reforma Psiquiátrica para estipular critérios para a busca de um terreno para o projeto proposto. Decidiu-se buscar por um terreno em uma região central da cidade, dando visibilidade à luta antimanicomial e defendendo o direito dessas pessoas de habitarem a cidade, de serem transformados por ela e de transformarem-lá, confrontando as políticas anteriores de isolamento e invisibilização. Buscando inserir o novo residencial em um local com tecido urbano consolidado, com acesso a serviços de diversos tipos, próximo a outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial e em região com boa caminhabilidade, estimulando a circulação dos moradores pela cidade e a criação de novos vínculos sociais e territoriais, definiu-se um terreno na Av. Venâncio Aires, no bairro Santana, cujas características específicas serão abordadas na seção de levantamento da área de intervenção.



“Na vivência de um serviço substitutivo ao modelo manicomial, eis o que aprendemos: um serviço de saúde mental somente é capaz de operar no sentido da desinstitucionalização de loucura quando consegue não se fechar em si mesmo. Quanto mais relação com o fora, melhor. (...) É na relação com o fora, junto à disposição de não se engessar as relações, que habita a possibilidade de livrar a loucura do seu encarceramento.”

Rafael Wolski de Oliveira - Ex-coordenador do SRT Morada Viamão

DEFINIÇÃO DOS NÍVEIS E PADRÕES DE DESENVOLVIMENTO PRETENDIDOS

O trabalho desenvolverá um anteprojeto arquitetônico para o Residencial Terapêutico, o Centro de Convivência e os espaços abertos do programa. O projeto abordará os seguintes níveis:

Escala meso urbana: será avaliada a inserção urbana do SRT e do Centro de Convivência e as conexões possíveis do projeto com outros serviços e espaços do bairro, podendo propor micro intervenções urbanas;

Escala arquitetônica: será desenvolvido o projeto das edificações, que envolverá a implantação das edificações, as espacialidades internas e externas e a definição das técnicas construtivas que seriam utilizadas;

Escala paisagística: serão desenvolvidos os espaços abertos do projeto incluindo a proposição de mobiliário urbano e de espécies vegetais a serem utilizadas.

METODOLOGIA E INSTRUMENTOS DE TRABALHO

A abordagem metodológica desse trabalho é baseada no encontro, na escuta, no envolvimento, no afeto. Ele vem do encontro de mim mesma com as coisas que me tocam, do encontro de mim como arquiteta e urbanista com o interesse pela psicologia, do encontro de mim com o outro e com tudo o que o outro me conta.

O processo inicia-se quando conheço o Residencial Terapêutico Morada Viamão, em um caminhar que conto a seguir, e a metodologia passa a desenhar-se a partir das aproximações. A etapa de pesquisa e a aproximação com a temática compõe-se então pela aproximação com o Morada Viamão, com todas as conversas com os moradores e com os trabalhadores da equipe, além do contato com outros profissionais da psicologia, e pelas leituras teóricas sobre a luta antimanicomial, a reforma psiquiátrica e a rede de atenção psicossocial – destacando aqui a dissertação Lugares da Loucura, de arquiteta Ana Paula Vicceli, de grande valor para o desenvolvimento deste trabalho. A partir dessa etapa de pesquisa, a apreensão (ainda que limitada) dessa realidade (composta de realidades múltiplas) gerou um conjunto de condicionantes para o terreno e para o projeto, e pretende-se que na etapa de anteprojeto esse conjunto formado por subjetividades possa transpor-se para uma dimensão física, material, estética e funcional, em um objeto arquitetônico político e sensível com todas as questões subjetivas até aqui exploradas.

No mundo da faculdade de arquitetura e do urbanismo, incluindo graduação, extensão, pesquisa e estágio, me vi muitas vezes sendo escuta. Chegando a um local por uma demanda de transformação espacial e deparando-me com os mundos subjetivos que o habitam, ao mesmo tempo que esse espaço habita esses mundos...

Em uma aula específica, recebemos como convidada uma mulher chamada Mara, mulher negra, cativante, cuidadora no Residencial Terapêutico Morada Viamão. Eu ainda não sabia o que era um Residencial Terapêutico. Mara nos contou sobre o seu trabalho, sobre o morar do Morada Viamão, sobre o antigo hospital psiquiátrico Dom Bosco, e nos mostrou o documentário Ruínas da Loucura, que mostra as ruínas da loucura do manicômio que permanecem ao lado do Residencial...

Durante meses me vi pensando sobre o Residencial e as ruínas do manicômio, sobre a relação de vizinhança entre os dois, sobre as relações físicas e sobre as relações subjetivas que permeiam esse conjunto espacial, testemunha de tanta vida, sofrimento, aprisionamento, silenciamento, luta, libertação, limitações, mudança...

Veio, então, a pandemia da COVID-19, e me vi sem ter como seguir frequentando aquele espaço. Sem ter como dar continuidade ao contato e às trocas, tornou-se impossível desenvolver o projeto da maneira como eu gostaria – através da escuta e de um processo de projeto participativo...



Em um afetamento interno por diversas histórias compartilhadas e em um interesse crescente por cidade e subjetividade, me vi um dia buscando aproximar-me da Psicologia, cursando a cadeira de Acompanhamento Terapêutico...

No início desse ano, me vi conversando com amigos e com quem viria a se tornar minha querida orientadora, a Dani Caron, sobre a ideia de desenvolver um trabalho sobre esse lugar. Incentivada, me vi então me aproximando do Morada Viamão. Lá cheguei, apresentei-me como estudante de arquitetura e urbanismo pensando em fazer um TCC sobre o espaço do Morada e as relações com o prédio do antigo Dom Bosco...

Passei a frequentar esse lugar, a conhecer a equipe e os desafios que ela enfrenta, a conhecer os moradores e conhecer um pouco do seu viver, dos seus desejos, do que gostariam para aquele espaço...

Me vendo então tendo que desenvolver outro trabalho, que não envolvesse intervenções em uma pré existência, optei pela proposta que agora desenvolvo aqui: projetar um novo Residencial Terapêutico junto a um centro de convivência – considerando tudo que li, escutei e vivi desde aquela aula numa segunda à noite, e tendo agora toda a aproximação com o Morada Viamão e com as múltiplas narrativas escutadas a me acompanharem durante todo o processo de projetar...

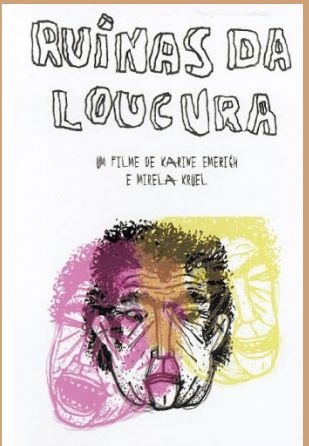
A APROXIMAÇÃO COM O RESIDENCIAL TERAPÊUTICO MORADA VIAMÃO

A aproximação com o Morada Viamão gerou o encontro e a vivência em um local com a mesma proposta do que desejo projetar, no mundo real, vivo, mutante. Essa aproximação gerou o encontro com o outro, a descoberta de várias narrativas, o caminhar meu explorando esse espaço, a vivência de enxergar outras formas de viver, a experiência de conhecer sutilmente pedacinhos de outras vidas.

O Residencial Terapêutico Morada Viamão foi inaugurado em 2005, como serviço da Rede de Atenção Psicossocial, fruto da reforma psiquiátrica, como parte do SUS e mantido pela Secretaria da Saúde do Estado. Localizado no início da Av. Senador Salgado Filho (RS-040), composto por quatro módulos residenciais e um módulo para a equipe, o Morada foi construído ao lado do antigo manicômio Dom Bosco, unidade do HPSP em Viamão. Muitos dos internos do Dom Bosco passaram a ser moradores do residencial, o hospital psiquiátrico foi desativado e seu prédio permaneceu durante anos em abandono.

O Morada Viamão e o prédio do antigo manicômio Dom Bosco geraram o documentário “Ruínas da Loucura”, de 2008, dirigido por Karine Emerich e Mirela Krueel e distribuído pela Fiocruz. Aparecem no documentário funcionários e moradores do Morada Viamão, que inclusive filmaram algumas das cenas do documentário. Alguns dos moradores que aparecem seguem vivendo no Morada – pessoas que pude conhecer, conversar com, abraçar. Já assisti a esse documentário muitas vezes, e agora quando o vejo reconheço rostos e nomes: vejo o Didi, o Fischer, a Mara, a Marli, o Maurinho, o Silveirinha...

No documentário, em uma cena que ficou em mim, perguntam a Fischer, por décadas internado no hospital psiquiátrico, agora morador do residencial, o que é a loucura: “Loucura?” e faz que não com a cabeça... “não entendo muito bem, não entendo. Loucura o que que é tia? Me explica. Ensina eu, tia. Ensina eu”.



Durante os dias em que pude frequentar o Morada, acompanhei os moradores várias vezes ao mercado, ou a uma lanchonete, fui convidada por alguns para conhecer seus quartos... E vi os desafios de sustentar a luta antimanicomial cotidianamente, o aperto no espaço da equipe, a falta de um espaço apropriado para realizar o acompanhamento psicológico individual de cada morador, o perigo da proximidade com uma rodovia de alto tráfego, a falta de um espaço de lazer coletivo... E vi também na vida real a importância da luta antimanicomial, a felicidade de poder ter seu próprio quarto e poder ter uma geladeira nele, a valorização de ter suas próprias roupas e o orgulho de manter o guarda-roupa arrumado, a alegria de ir passear no supermercado, comprar alguma coisa, comer um salgadinho, tomar um refri, dividir um bolo, ouvir um rádio na varanda...

“Colocar em contato social o ex-paciente “crônico”, há vários anos em regime de manicômio, que repentinamente sai pelas ruas, vai a bares, cinemas, supermercados, escolas, cursos...: é isso que essa equipe comprometida com a reforma psiquiátrica está ajudando os moradores a fazer de fato, inserindo-os nessa nova realidade de vida. Assumir uma postura de cuidado, de responsabilidade junto ao morador e apresentar à sociedade outras modalidades de intervenção com a loucura, sem preconceitos, exige dos trabalhadores uma implicação que não tem preço.”

Mara Eliane Dutra dos Santos,
cuidadora do Morada Viamão
antigamente cozinheira no
antigo manicômio Dom Bosco



A POPULAÇÃO ALVO: OS MORADORES E A COMUNIDADE

Os Residenciais Terapêuticos podem receber como moradores portadores de transtorno mental que estejam internados em hospitais psiquiátricos, pessoas em acompanhamento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), para as quais o problema da moradia é identificado, por sua equipe de referência, como especialmente estratégico no seu projeto terapêutico, e pessoas em situação de rua com transtornos mentais severos, quando inseridos em projetos terapêuticos especiais acompanhados nos CAPS.

Algumas dessas pessoas que podem vir a ser moradores do residencial passaram dez, vinte ou trinta anos de suas vidas dentro de um manicômio. Ao passar décadas em uma instituição total, em uma vida sem autonomia, todo o viver é transformado – perdem-se os vínculos sociais, os vínculos territoriais, o contato com familiares, o controle sobre si e sobre seus desejos, a liberdade para traçar suas próprias trajetórias. Ao migrar do hospital psiquiátrico para um Residencial Terapêutico, todo o viver é transformado novamente – os moradores desse serviço são, então, pessoas que, para além de condições psicológicas que carreguem, estão em processo de reconexão consigo mesmas e com seus quereres, com seus medos, com as possibilidades do mundo, com as suas limitações, em uma inserção em um novo território e um novo contexto social.

**“Uma casa... é o habitar da cidade.
É você poder habitar a cidade, tendo um lugar para voltar...
para voltar no fim do dia. Eu habito esta cidade! ”**
Depoimento de um morador de um SRT

Entre os transtornos em moradores de SRTs os diagnósticos mais comuns são de retardo mental em diferentes graus (leve, moderado ou grave), esquizofrenia e bipolaridade. Seja pela sua condição inicial ou pelo tratamento dado ao longo de décadas em um manicômio, há diferentes níveis de comunicabilidade – alguns falam, outros não falam mas comunicam-se através de gestos, outros não falam nem gesticulam e se expressam de outras formas – e, além de questões de estrutura psíquica, há também diversas condições físicas que afetam a mobilidade dos moradores. Daí extrai-se uma das principais diretrizes do projeto, de buscar a acessibilidade nas múltiplas interpretações que a imaginação possa permitir da palavra.

“Do ponto de vista dos usuários: deve-se considerar eventuais inseguranças em deixar o hospital, via de regra uma referência segura para eles. Há que se montar estratégias que permitam aos futuros moradores estabelecerem vínculos de confiança com os profissionais e com a proposta. Há muito o que ser resgatado: histórias, vínculos afetivos e projetos. É essencial a existência de um ou mais profissionais de referência para cada morador e o estabelecimento de projeto terapêutico individual. Um longo processo de reabilitação psicossocial tem início com a ida para o SRT.” (Ministério da Saúde)

“Ponto de vista da casa: o SRT não é exatamente uma casa nos moldes convencionais. Possui características peculiares, pois foi formado a partir de determinada história. Os profissionais devem evitar imprimir expectativas e anseios próprios do que deveria ser uma casa ideal para eles. Mas, ao contrário, devem permitir que aflorem hábitos e formas de ocupar o espaço próprios dos habitantes de um dado SRT. Os riscos de acidentes domésticos devem ser trabalhados cotidianamente. A realização de tarefas cotidianas é negociação constante entre necessidade, vontade expressa e disponibilidade, fazendo parte do processo de reabilitação psicossocial.” (Ministério da Saúde)

Para o Centro de Convivência, o público alvo seriam os próprios moradores do Residencial, outras pessoas em sofrimento psíquico que façam uso da Rede de Atenção Psicossocial e a população em geral, para quem desejar participar das aulas e atividades oferecidas.

“Pretendendo a inserção dos usuários dos serviços de saúde mental nos espaços sociais próprios ao seu território, [...] a Reforma Psiquiátrica requer não apenas uma rede de serviços de saúde, mas também ações intersetoriais, além da mediação de outros atores sociais, possibilitando a articulação da complexidade de referências, instituições, associações, equipamentos, dispositivos, pessoas, discursos, códigos, afetos, pensamentos que compõem a vida em comunidade.”

Analice de Lima Palombini, doutora em Saúde Coletiva/UERJ e docente de Psicologia na UFRGS

AGENTES DE INTERVENÇÃO E SEUS OBJETIVOS

O Residencial Terapêutico e o Centro de Convivência, como serviços integrantes do SUS, seriam mantidos pela Secretaria da Saúde do Estado ou pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, dependendo dos recursos disponíveis e das políticas públicas vigentes da gestão em questão. Há também o vínculo com o HPSP, que possui a tutela dos moradores dos SRTs, e que oferece atividades relevantes como a oficina de criatividade.

Além disso, prevê-se a possível criação de laços com outros agentes da comunidade onde o SRT será inserido, como com a Igreja Santa Terezinha, a Escola Jerônimo de Ornelas, a UFRGS e o GeraPOA, serviço da RAPS que promove ações em saúde, trabalho, educação e cultura voltadas para usuários da saúde mental – esses espaços poderiam receber os moradores do SRT, assim como essas entidades poderiam também propor e participar de eventos e atividades no Centro de Convivência.

ASPECTOS ECONÔMICOS E FONTES DE RECURSOS

Segundo definição do Ministério da Saúde, os SRTs “constituem-se em modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada. Isso implica que a cada transferência de paciente do hospital psiquiátrico para o SRT haja redução de igual número de leitos no hospital de origem. Os recursos financeiros da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que financiavam os leitos agora desativados, deverão ser realocados para os tetos orçamentários do estado ou município responsável pela assistência ao paciente. Com estes recursos, os municípios proverão infra-estrutura e acompanhamento necessários aos usuários, por meio de sua rede de saúde mental.”

A Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre vem investindo em SRTs, com a previsão de serem abertos dez novos residenciais ao longo dos próximos anos, tendo sido inaugurados dois serviços em 2019. Segundo o site da prefeitura de Porto Alegre, “De acordo com o secretário municipal da saúde Pablo Stürmer, a prestação desse serviço é estratégica para o município, fazendo parte do Plano Municipal de Superação da Situação de Rua e do Plano Municipal de Saúde Mental”.

Além de pela Secretaria Municipal da Saúde, os recursos para a construção e para a manutenção do SRT e do Centro de Convivência poderiam também ser destinados pela Secretaria da Saúde do Estado e, a nível federal, pelo

Ministério da Saúde, que poderia investir conjuntamente com os ministérios da Justiça, dos Direitos Humanos, do Desenvolvimento Social e do Trabalho, como já foi feito para investir em comunidades terapêuticas.

Estima-se, nesse momento inicial, sem a definição ainda de técnicas construtivas, que o projeto custaria cerca de 1,8 milhão de reais, sem considerar o custo de aquisição do terreno, a partir do valor do CUB pelo Sinduscon RS, utilizando-se o valor previsto para residências multifamiliares com padrão de acabamento normal (R\$1.563,02/m², em junho de 2020), e multiplicando esse valor pela área total do terreno, de aproximadamente 1180m².



ASPECTOS TEMPORAIS E ETAPAS DE EXECUÇÃO

Para a implementação do Residencial e do Centro de Convivência, as etapas seriam: aquisição do terreno; desenvolvimento do anteprojeto e do projeto executivo; construção das edificações. Como ainda não há definição do projeto e nem das técnicas construtivas a serem utilizadas, ainda não há previsão do tempo total para a construção das edificações. Caso seja necessário executar o projeto em etapas, devido aos recursos disponibilizados, propõe-se que o projeto poderia ser executado em duas partes, sendo a primeira de construção das unidades residenciais do Residencial Terapêutico, e a segunda do Centro de Convivência.

ATIVIDADES E GRUPAMENTOS ESPACIAIS

As atividades dividem-se basicamente em dois grandes grupamentos espaciais e as áreas abertas.

RESIDENCIAL TERAPÊUTICO:

Casas dos moradores: três núcleos de moradia para os usuários do serviço, cada qual com dormitórios, banheiros, cozinha e área de serviço, sala de estar e jantar, com capacidade máxima de 8 moradores por casa.

Casa da equipe: área para os funcionários (psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas, cuidadores, funcionários da limpeza), composta por sala administrativa, depósito, banheiros, cozinha, sala de estar e dormitório para os cuidadores plantonistas 24h.

Área de atendimento: espaço de acolhimento, acompanhamento e tratamento, composta por espaços para práticas fisioterapêuticas e acompanhamento psicológico com privacidade.

Área coletiva: espaço de convivência entre os moradores das diversas casas, os membros da equipe e visitantes em um grande espaço com churrasqueira e banheiros para múltiplas atividades como comemorar aniversários, fazer festas, conversar, comer, jogar, pintar, dançar, comer...

CENTRO DE CONVIVÊNCIA E CULTURA:

Área administrativa: recepção, sala administrativa, banheiros, depósito.

Área de ateliês: espaços para atividades múltiplas, abertas à população, como ateliês - de cozinha, música, pintura, escultura, leitura, dança... -, cinedebates, assembleias, cursos profissionalizantes, espaços de trabalho e geração de renda.

Sala de exposições: espaço para exposição e venda dos trabalhos produzidos no Centro.

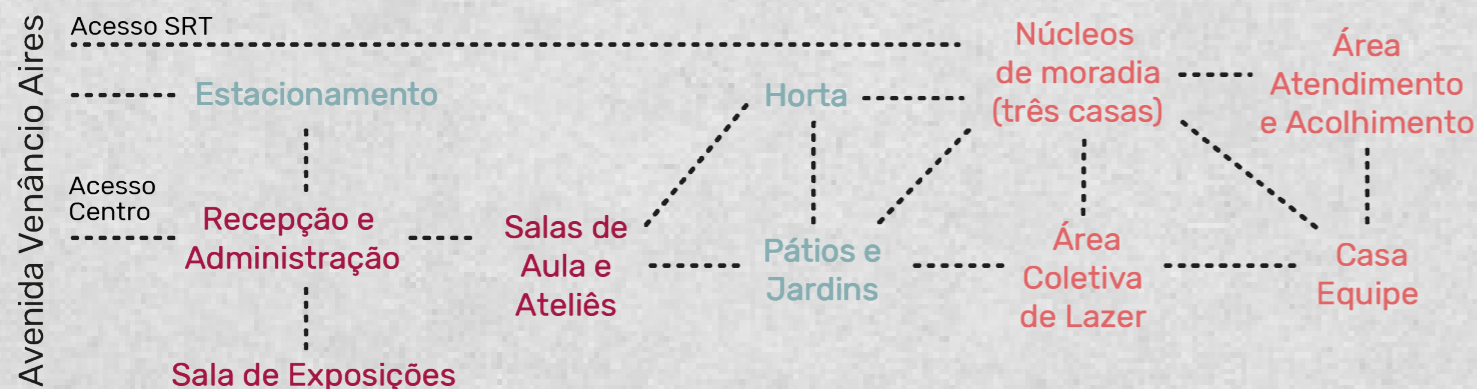
ÁREAS ABERTAS:

Estacionamento: área de estacionamento para os funcionários.

Horta: espaço para cultivo coletivo entre o Residencial e o Centro de Convivência.

Pátios e jardins: espaços para convivência e prática de atividades físicas.

FLUXOGRAMA

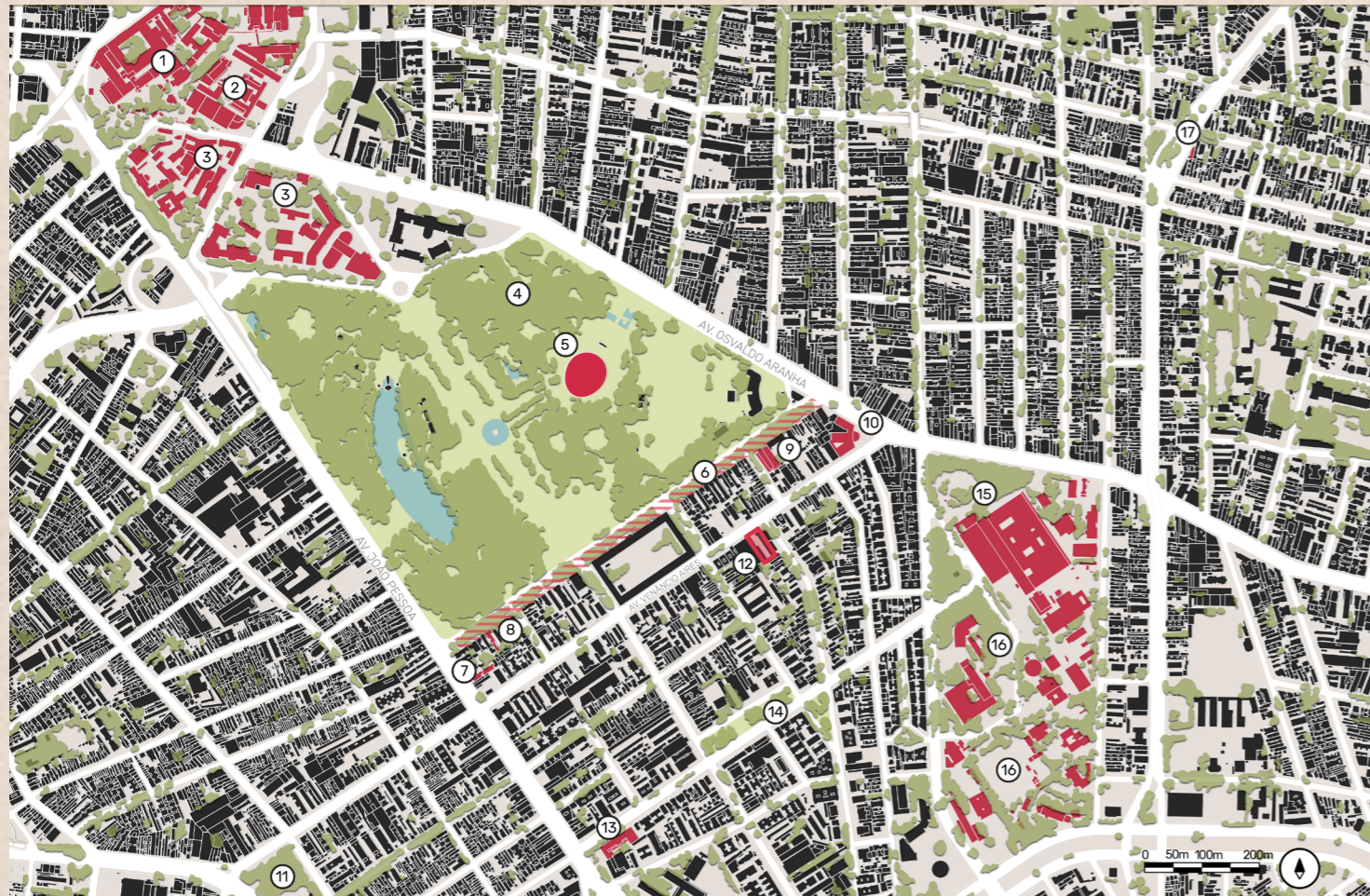


PROGRAMA DE NECESSIDADES

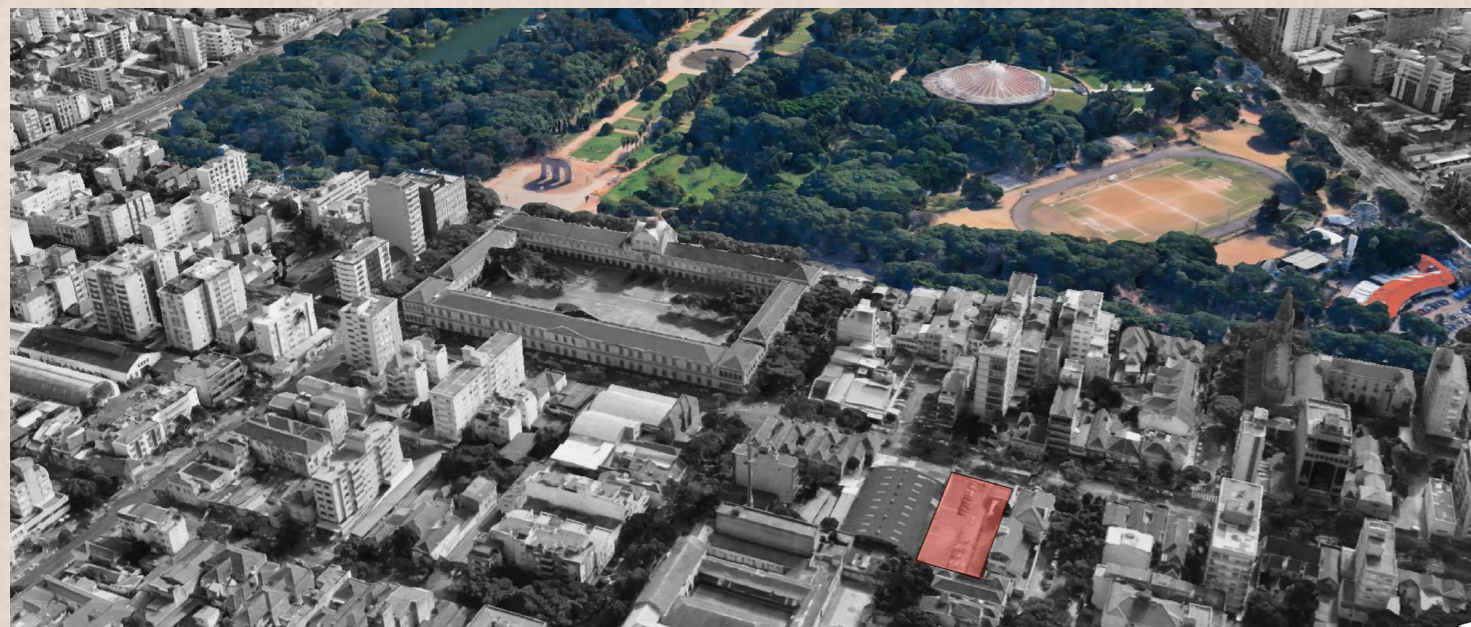
GRUPO ESPACIAL	AMBIENTE	EQUIPAMENTOS	POP. FIXA	POP. VARIÁVEL	ÁREA (m²)	QTDE	ÁREA TOTAL (m²)	SUBTOTAL GRUPO (m²)	
RESIDENCIAL TERAPÊUTICO	Casa 1 (para até 8 moradores)	Dormitórios (para uso individual ou em dupla)	Cama(s), armários, mesas	5 a 8	-	12	5	60	112
		Banheiros de uso compartilhado	Sanitário, chuveiro, pia, armários	-	2	6	2	12	
		Cozinha e área de serviço	Pia, geladeira, fogão, bancadas, armários, tanque	-	5	15	1	15	
		Sala de estar e jantar	Sofás, poltronas, mesas, cadeiras, televisão	-	10	25	1	25	
	Casa 2 (para até 8 moradores)	Dormitórios (para uso individual ou em dupla)	Cama(s), armários, mesas	5 a 8	-	12	5	60	112
		Banheiros de uso compartilhado	Sanitário, chuveiro, pia, armários	-	2	6	2	12	
		Cozinha e área de serviço	Pia, geladeira, fogão, bancadas, armários, tanque	-	5	15	1	15	
		Sala de estar e jantar	Sofás, poltronas, mesas, cadeiras,	-	10	25	1	25	
	Casa 3 (para até 8 moradores)	Dormitórios (para uso individual ou em dupla)	Cama(s), armários, mesas	5 a 8	-	12	5	60	112
		Banheiros de uso compartilhado	Sanitário, chuveiro, pia, armários	-	2	6	2	12	
		Cozinha e área de serviço	Pia, geladeira, fogão, bancadas, armários, tanque	-	5	15	1	15	
		Sala de estar e jantar	Sofás, poltronas, mesas, cadeiras, televisão	-	10	25	1	25	
	Casa Equipe (Funcionários)	Sala administração e enfermagem	Armários, mesa para reuniões, cadeiras, computadores	1	10	15	1	15	80
		Depósito	Armários, arquivos	-	2	9	1	9	
		Banheiros	Sanitário, chuveiro, pia, armários	-	1	6	2	12	
		Cozinha e área de serviço	Pia, geladeira, fogão, bancadas, armários, tanque	-	3	12	1	12	
		Sala de estar e jantar	Sofás, poltronas, mesas, cadeiras, televisão	-	10	20	1	20	
		Dormitório para plantonistas	2 Camas, armários	2	-	12	1	12	
Área Atendimento e Acolhimento	Sala acompanhamento psicológico	Almofadas, poltronas, tapete, mesas	-	3	9	2	18	30	
	Sala fisioterapia	Equipamentos de fisioterapia, maca, mesa, armários	-	3	12	1	12		
Área Coletiva para Lazer e Confraternização	Grande espaço livre	Almofadas, mesas, cadeiras, jogos, televisão, caixa de som	-	50	70	1	70	90	
	Churrasqueira	Churrasqueira, geladeira, pia, bancadas	-	5	15	1	15		
	Banheiros	Sanitário, pia	-	1	2.50	2	5		
			TOTAL ÁREA CONSTRUÍDA SRT					536	
CENTRO DE CONVIVÊNCIA E CULTURA	Área Administrativa	Recepção	Balcão, sofás, poltronas, almofadas, tapetes	1	10	15	1	15	30
		Sala administração	Mesas, cadeiras, computadores	1	4	12	1	12	
		Sanitário	Sanitário, pia	-	1	3	1	3	
	Sala de Exposição	Sala para exposição e venda de trabalhos produzidos no CECO e no SRT	Estantes, mesas, balcão	1	15	30	1	30	30
	Salas de Aula e Ateliês	Ateliê de pintura e escultura	Cavaletes, mesas, cadeiras, armários	-	12	30	1	30	240
		Ateliê de música	Instrumentos musicais, almofadas, tapete, cadeiras	-	12	30	1	30	
		Ateliê de dança/expressão corporal	Espelhos, colchonetes	-	12	30	1	30	
Sala de leitura		Estantes, poltronas, tapetes, almofadas	-	12	30	1	30		
Sala de informática		Mesas, cadeiras, computadores	-	12	30	1	30		
Salas de aula		Mesas, cadeiras, quadro negro	-	15	30	2	60		
Sanitários	Sanitário, pia	-	3	7.50	2	15	15		
Depósito	-	-	2	15	1	15	15		
			TOTAL ÁREA CONSTRUÍDA CECO					300	
ÁREAS ABERTAS	Áreas Abertas	Horta	Cultivo de hortaliças, frutas, vegetais, legumes	-	8	40	1	40	415
		Pátios e jardins	Bancos, paisagismo, área livre p/ atividades físicas	-	40	250	1	250	
		Estacionamento	Marcações no piso	-	5 vagas	125	1	125	
			ÁREA TOTAL CONJUNTO					1251	

INSERÇÃO URBANA, EQUIPAMENTOS E ÁREAS VERDES

O terreno escolhido localiza-se na área central de Porto Alegre, na Avenida Venâncio Aires, entre as ruas Santa Teresinha e Vieira de Castro, em uma área com grande oferta de áreas verdes e de equipamentos públicos de saúde e de educação - destacando aqui dois CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) e o NEEJACP (Núcleo Estadual de Educação de Jovens e Adultos e de Cultura Popular) e o Geração POA - Oficina Saúde e Trabalho, serviço da RAPS de geração de renda. A proximidade com esses equipamentos foi determinante para a escolha do terreno do projeto, que pretende oferecer um serviço de moradia e de cultura que não seja fechado em si mesmo, mas sim conectado com o entorno, possibilitando uma vida cotidiana repleta de diversas atividades - estimulando a circulação dos moradores pela cidade e o estabelecimento de vínculos sociais e territoriais.



- | | | | | | |
|------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------|--|----------------------|
| ① Hospital Santa Casa | ② UJFCSA | ③ UFRGS Camp. Centro | ④ Redenção | ⑤ Araújo Vianna | ⑥ Feira e Brique |
| ⑦ NEEJACP Darcy Vargas | ⑧ CAPS Cais Mental | ⑨ Igreja Sta. Teresinha | ⑩ HPS | ⑪ Praça Garibaldi | ⑫ Terreno do projeto |
| ⑬ Posto Saúde Modelo | ⑭ Pça. Major J. Queiroz | ⑮ HCPA + CAPS II Ad. | ⑯ UFRGS Camp. Saúde | ⑰ Geração POA - Oficina Saúde e Trabalho | |



MALHA VIÁRIA

Quanto à malha viária, o terreno localiza-se em uma arterial de segundo nível (a av. Venâncio Aires), que fica entre duas arteriais de primeiro nível, a av. João Pessoa e a av. Osvaldo Aranha. Essas avenidas de alto tráfego colocam-se como barreiras para a caminhabilidade, mas, ao mesmo tempo, são grandes conectoras que oferecem transporte público para os mais diversos bairros de Porto Alegre e região metropolitana. As demais vias entre as avenidas Osvaldo e João Pessoa são vias de baixo tráfego e boa caminhabilidade.

O plano diretor localiza o terreno na Macrozona 1, estando localizado na subunidade 8, determinada como zona predominantemente residencial, mista e produtiva, em uma área especial de interesse cultural. Os índices específicos do regime urbanístico serão abordados na seção de condicionantes legais.



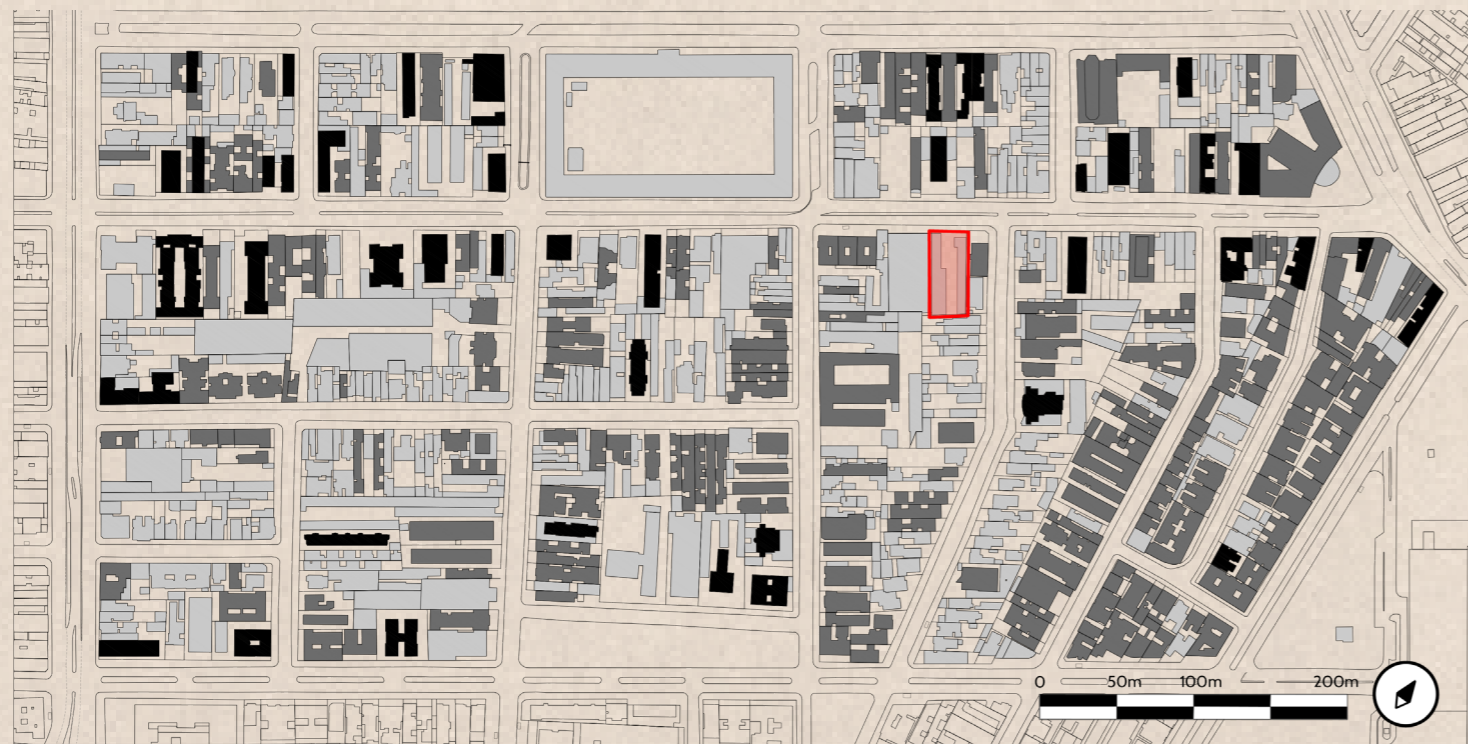
- | | | | |
|--|--------------------------------|--|--------------|
| | Via Arterial de Primeiro Nível | | Via Coletora |
| | Via Arterial de Segundo Nível | | Via Local |



MORFOLOGIA E USOS

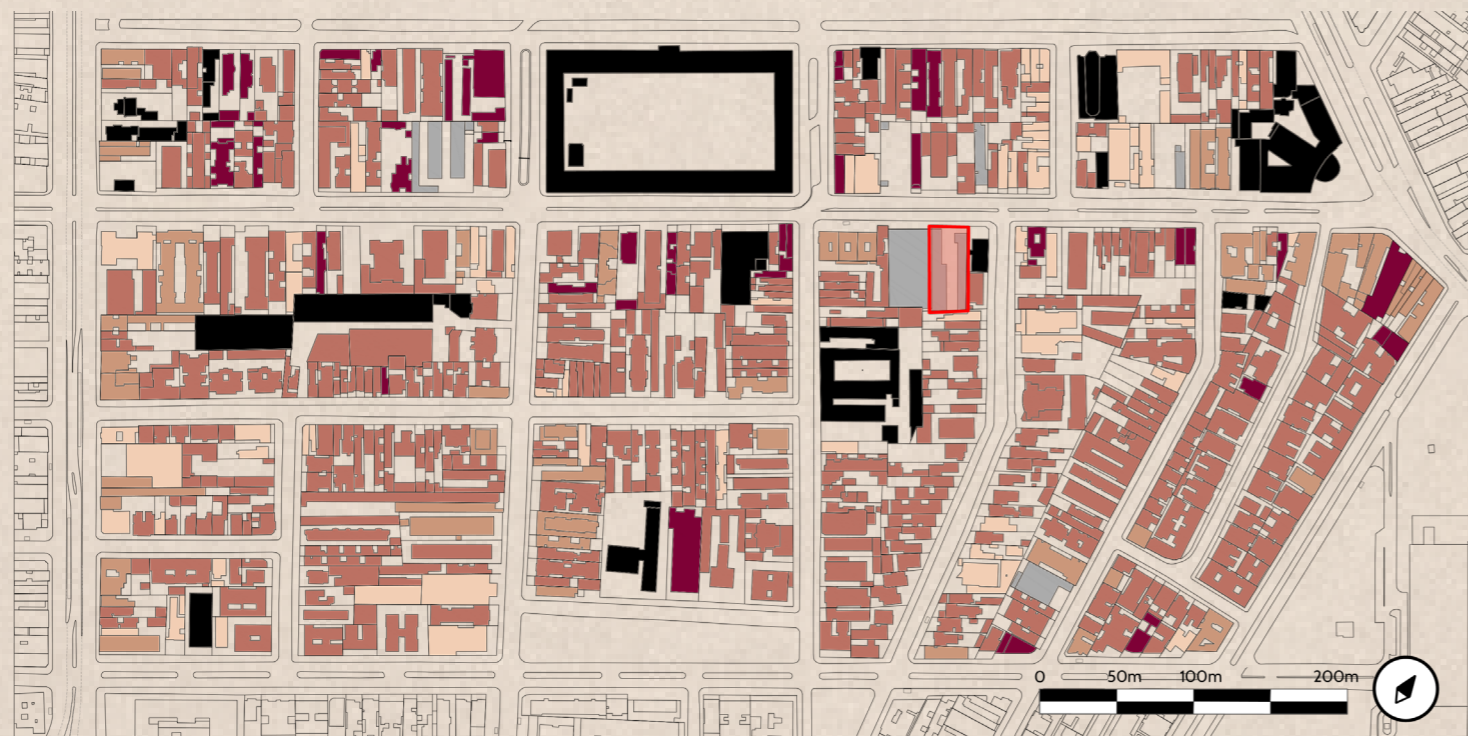
A morfologia da área é formada por uma diversidade de usos e de tipologias. Há muitas edificações antigas, normalmente de um ou dois pavimentos e sem recuo de jardim. As edificações mais novas em geral são altas e recuadas, seguindo padrões modernistas. A quadra em que o terreno está localizado é toda composta por edificações de alturas baixas e médias - majoritariamente as edificações são térreas ou de dois pavimentos, e próximo a Av. Jerônimo de Ornelas há alguns prédios residenciais mais altos.

ALTURAS Edificações de 1 ou 2 pavimentos Edificações de 3 a 6 pavimentos Edificações de 7+ pavimentos



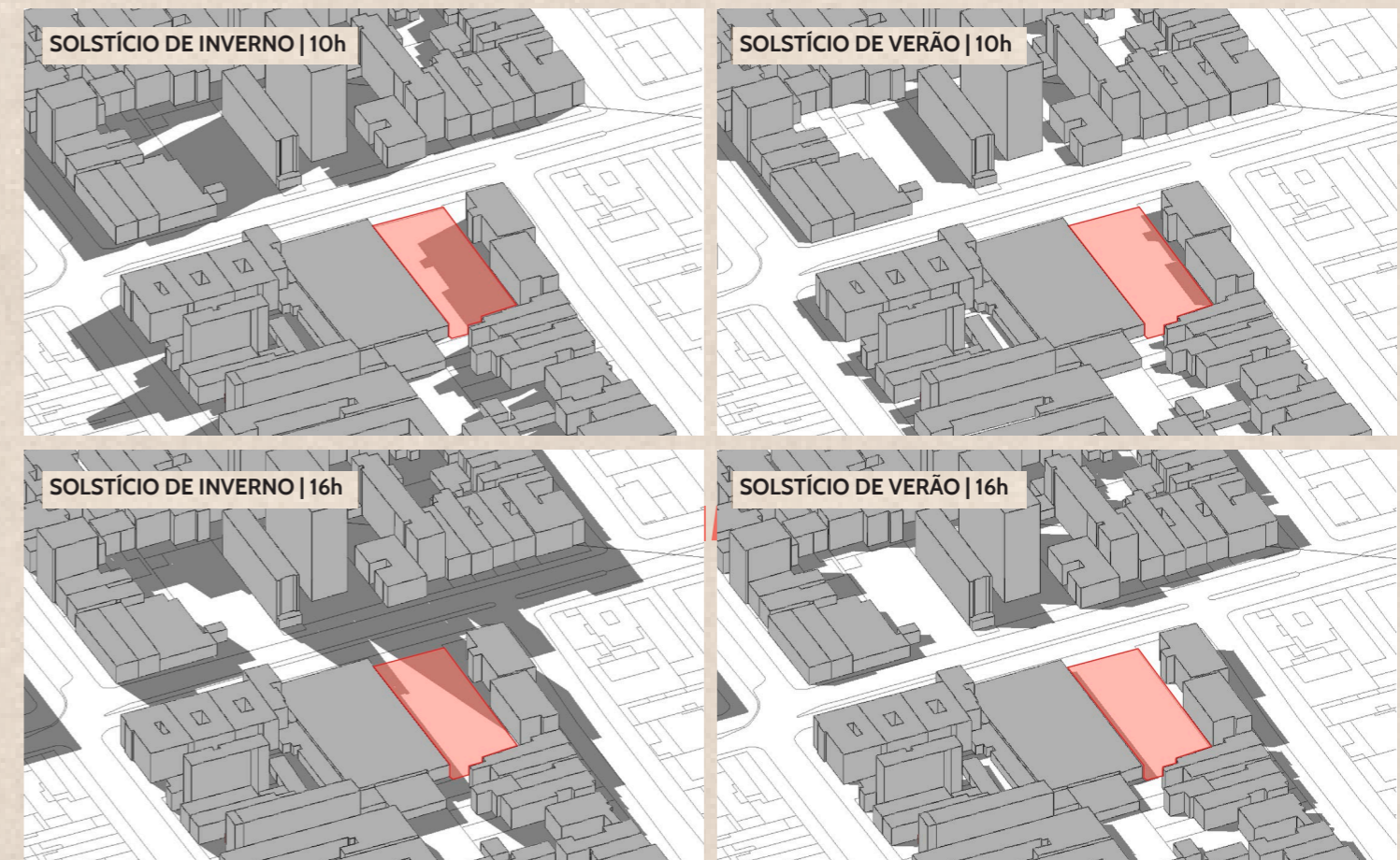
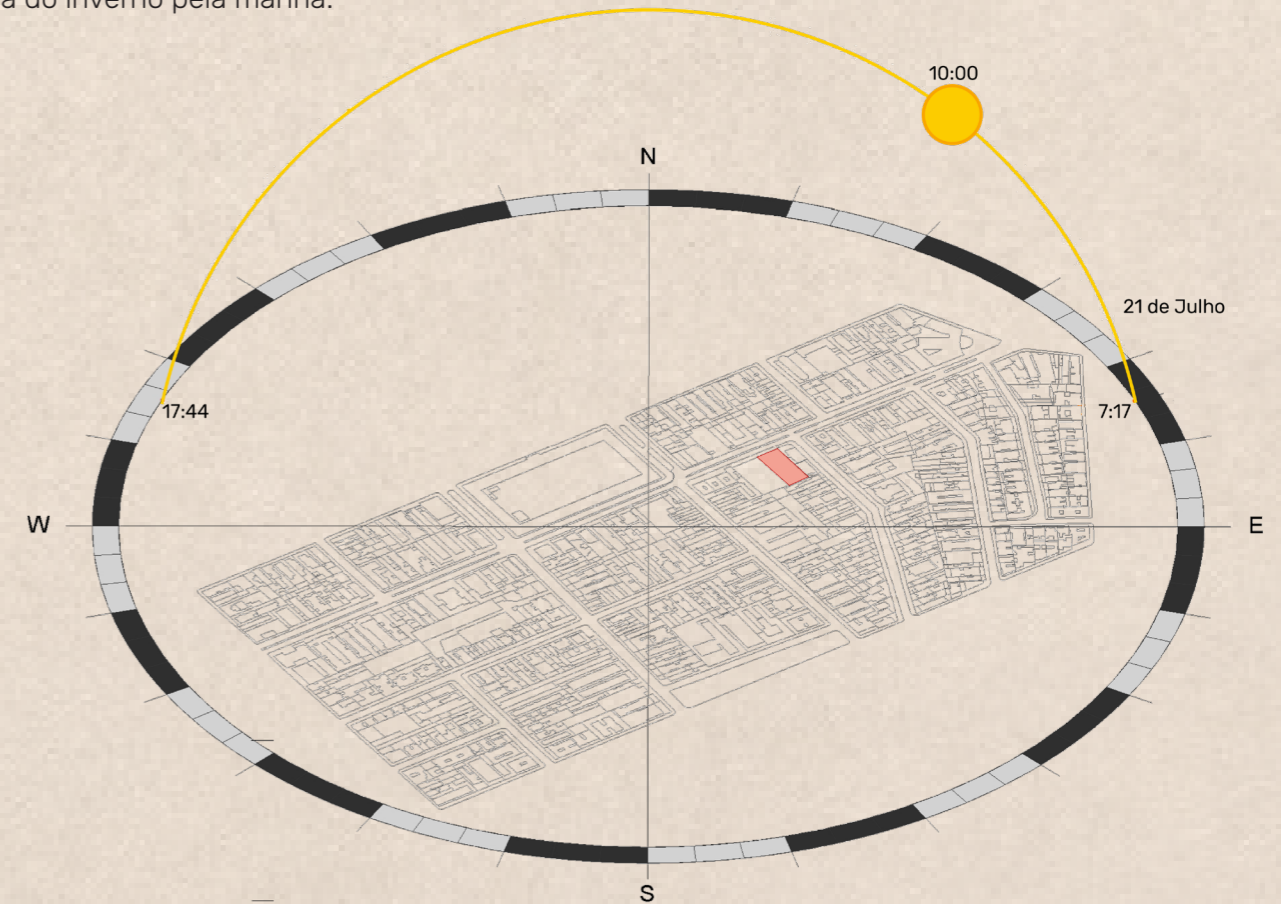
Assim como há uma diversidade nas tipologias arquitetônicas, há uma diversidade de usos e oferta de atividades na região, o que foi uma das características que levaram à definição do terreno - há edificações residenciais, comerciais, de serviços e mistas, e equipamentos públicos de saúde, educação, religiosos e de lazer.

USOS Residencial Comércio Serviços Misto Equip. Público Estacionamento



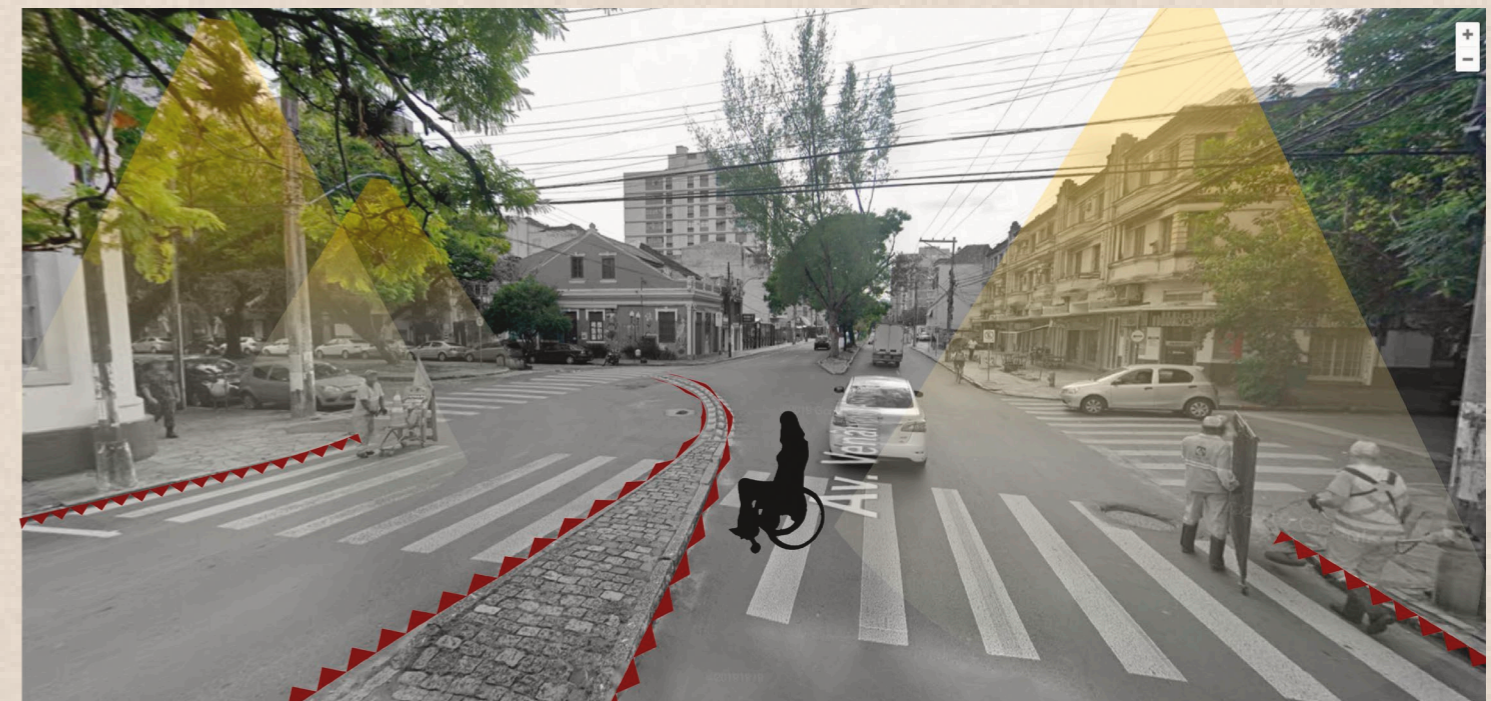
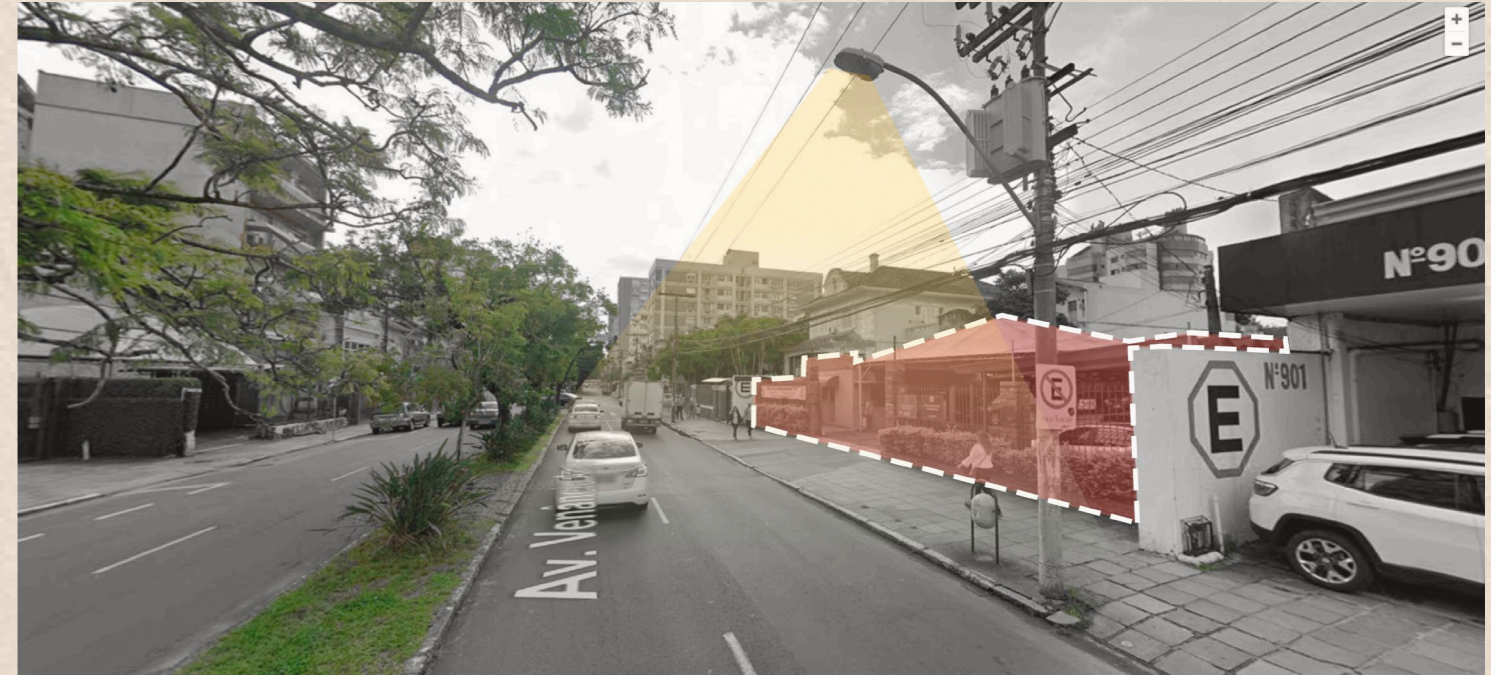
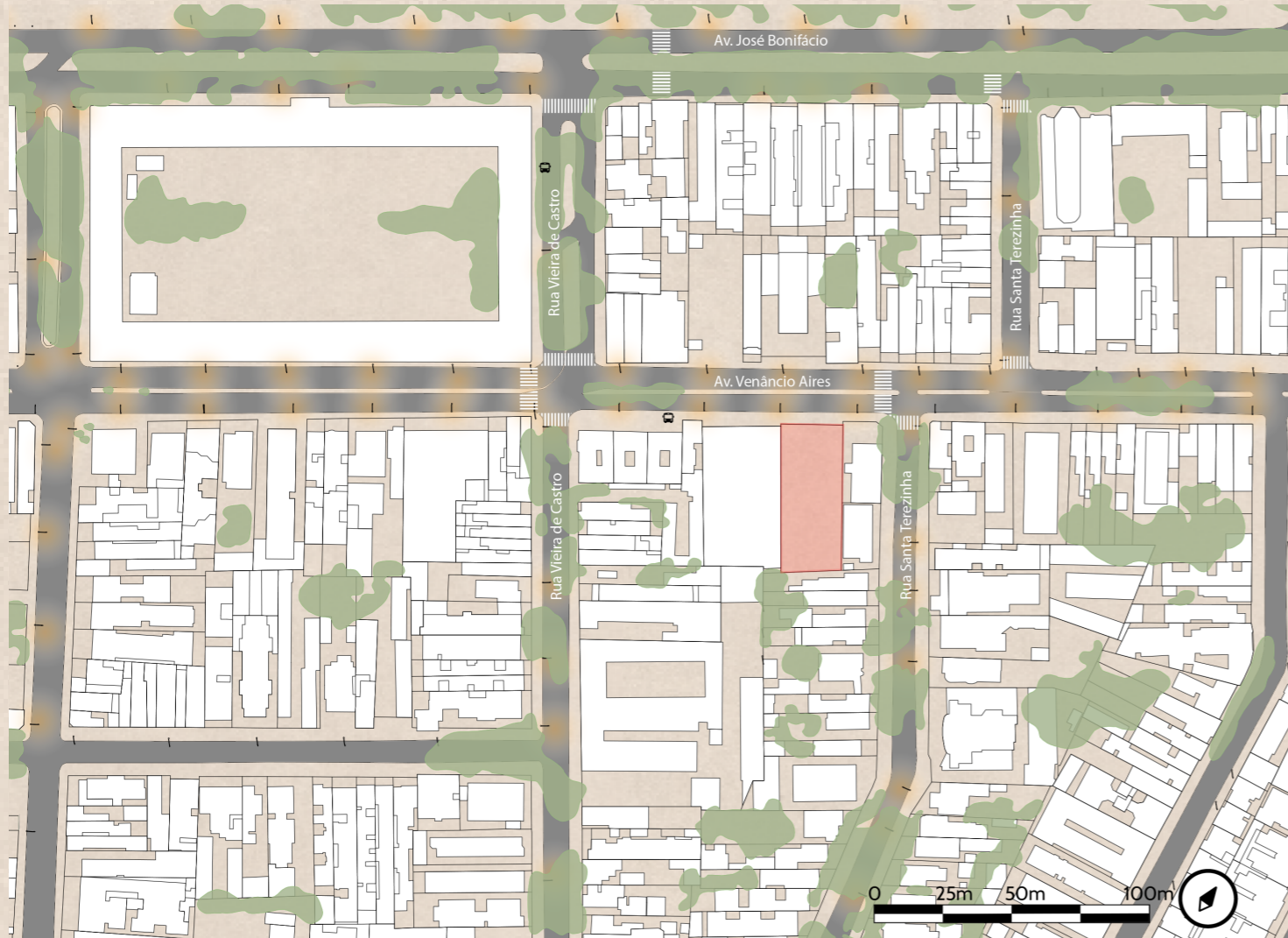
CONDIÇÕES DE INSOLAÇÃO

O terreno possui boas condições de insolação, tendo sua fachada orientada para noroeste e estando localizado em uma quadra de edificações de baixa altura. Os prédios mais altos da quadra à frente projetam alguma sombra no terreno somente no fim da tarde no verão, e o terreno está exposto à luz solar basicamente em todas as horas do dia durante o ano, como demonstram os diagramas dos solstícios de inverno e verão, sendo a condição mais crítica a do inverno pela manhã.



AMBIÊNCIA DO ENTORNO

Quanto à ambiência do entorno e às condições de caminhabilidade e acessibilidade, considera-se que as condições de iluminação e de passeio público são razoáveis, mas que há certos pontos que poderiam ser melhorados. A av. Venâncio Aires possui uma iluminação com postes com um espaçamento regular de aproximadamente 30 metros - no entanto, eles são altos e direcionados a iluminar as vias para os carros, e não há iluminação numa escala mais direcionada às calçadas e às pessoas. A rua Santa Teresinha e a Vieira de Castro já possuem menos postes e são mais arborizadas, o que torna-as as mais escuras. Quanto ao passeio, há alguns cruzamentos em que a travessia não possui rebaixos ou possui entraves como postes ou árvores, que prejudicam a acessibilidade.



MAPA SÍNTESE DO LEVANTAMENTO

“Abrir a primeira brecha neste muro social invisível possibilita o gradual derruimento do mesmo, a partir do momento em que, pela brecha pequena, passam a entrar e sair fluxos os mais variados possíveis, sejam eles novos desejos, novas pessoas, novos lugares, novas situações. Como afirmava um dos precursores dos movimentos desinstitucionalizantes, o bom serviço é aquele cheio, que atua como um mercado de trocas, não aquelas materiais, mas imateriais, onde há o convívio entre os diferentes, onde os indivíduos se olham, jogam, trabalham, e podem ser também muito loucos.”

Ana Paula Vieceli, arquiteta e urbanista



CONDICIONANTES LEGAIS

PLANO DIRETOR DE DESENVOLVIMENTO URBANO AMBIENTAL (PPDUA)

Logradouro: Av. Venâncio Aires, 925.

REGIME URBANÍSTICO

Limite inicial: 925. Limite final: 947. Macrozona 1. Unidade de Estruturação Urbana (UEU) 1052.

	DENS.	ATIV.	APROV.	VOL.
Subunidade 8	3	15,5	4	3

Densidade 3: zona predom. residencial, mista, predom. produtiva.

Regime de atividades 15,5: Área de interesse cultural – Mista 02.

Índice de aproveitamento: 1,3. Índice de aproveitamento máximo com solo criado: 2,0.

Regime volumétrico 3: área de ocupação intensiva.

Os terrenos com frente para as vias constantes no anexo 7.2 e na área central terão altura na divisa de 18m e na base de 9m, e taxa de ocupação de 90% na base e 75% no corpo.

* Isento de recuo de jardim.

* Área especial de interesse cultural.

CÓDIGO DE EDIFICAÇÕES

SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO:

Não existindo regulamentações arquitetônicas específicas para os Residenciais Terapêuticos, serão utilizadas as orientações para a Seção I (Casas) e a Seção II (Habitações Coletivas) do Capítulo I do Código de Edificações de Porto Alegre, referente às Edificações Residenciais.

CAPÍTULO I - Edificações Residenciais

Art. 110 – São edificações residenciais aquelas destinadas, basicamente, à atividade de moradia, seja do tipo unifamiliar, multifamiliar ou coletiva (grupo social equivalente à família).

SEÇÃO I - Casas

Art. 111 – As casas deverão ter, no mínimo, ambientes de sala-dormitório-cozinha e sanitário.

Art. 112 – As casas construídas em madeira, ou outros materiais não resistentes ao fogo, deverão observar o afastamento mínimo de 1,50m de qualquer divisa do terreno, e 3,00m de outra economia de madeira ou material similar, no mesmo lote. Parágrafo único – O afastamento de 1,50m não se aplica às divisas em que a parede externa for de alvenaria ou material equivalente.

Art. 113 – Quando houver previsão de espaço para estacionamento, os rebaixos do meio-fio deverão atender ao disposto no parágrafo 4º do artigo 160.

Art. 114 – As áreas condominiais edificadas, pertencentes a condomínios com mais de duas unidades residenciais deverão atender as prescrições dos incisos I a VI e parágrafo 1º do artigo 115.

SEÇÃO III - Habitações Coletivas

Art. 126 – Os prédios destinados à habitação coletiva (A-3), além das disposições do presente Código que lhes forem aplicáveis deverão ter instalações sanitárias, quando coletivas, separadas por sexo na proporção de um conjunto de vaso e lavatório (e mictório quando masculino) para cada 05 pessoas, e um local para chuveiro para cada 10 pessoas, calculados à razão de uma pessoa para cada 4,00m² de área de dormitório.

CENTRO DE CONVIVÊNCIA E CULTURA:

Não existindo regulamentações arquitetônicas específicas para os Centros de Convivência e Cultura, serão utilizadas as orientações das condições gerais da Seção I do Capítulo II de Edificações Não Residenciais e da Seção XXI, referente a Clubes e Locais de Diversões.

CAPÍTULO II - Edificações Não Residenciais

SEÇÃO I - Condições Gerais

Art. 127 – São edificações não residenciais, aquelas destinadas à instalação de atividades comerciais, de prestação de serviços, industriais e institucionais.

Art. 128 – As edificações não residenciais deverão ter:

I – pé-direito mínimo de 2,60m e 3,00m no pavimento térreo quando houver obrigatoriedade de marquises;

II – estrutura e entrespos resistentes ao fogo (exceto prédios de uma unidade autônoma, para atividades que não causem prejuízos ao entorno, a critério do município);

III – materiais e elementos de construção de acordo com o título VIII (exceto o capítulo II para prédios de uma unidade autônoma, para atividades que não causem prejuízos ao entorno, a critério do município);

IV – instalações e equipamentos atendendo ao título XII;

V – circulações de acordo com o título IX;

VI – iluminação e ventilação de acordo com título X;

VI – chaminés, quando houver, de acordo com título VIII;

VIII – quando com mais de uma unidade autônoma e acesso comum:

Art. 131 – Os sanitários deverão ter, no mínimo, o seguinte:

I – pé-direito de 2,20m;

II – paredes até a altura de 1,50m e pisos revestidos com material liso, lavável, impermeável e resistente;

III – vaso sanitário e lavatório;

IV – quando coletivos, um conjunto de acordo com a norma NB-833 (NBR 9050/85);

V – incomunicabilidade direta com cozinhas;

VI – dimensões tais que permitam a instalação dos aparelhos, garantindo:

a) acesso aos mesmos, com largura não inferior a 60cm;

b) afastamento de 15cm entre os mesmos;

c) afastamento de 20cm entre a lateral dos aparelhos e as paredes.

Parágrafo único – Para fins do dimensionamento dos sanitários serão consideradas as seguintes medidas mínimas:

lavatório – 50cm x 40cm vaso e bidê – 40cm x 60cm

local para chuveiro – área mínima de 0,63m² e largura tal que permita a inscrição de um círculo com diâmetro mínimo de 70cm.

Art. 132 – Refeitórios, cozinhas, copas, depósitos de gêneros alimentícios (despensas), lavanderias e ambulatórios deverão:

I – ser dimensionados conforme equipamento específico;

II – ter piso e paredes até a altura mínima de 2,00m, revestidos com material liso, lavável, impermeável e resistente.

Art. 133 – As áreas de estacionamento descobertas em centros comerciais, supermercados, pavilhões, ginásios e estádios deverão:

I – ser arborizadas;

II – ter piso com material absorvente de águas pluviais, quando pavimentado.

SEÇÃO XXI - Clubes e Locais de Diversões

Art. 171 – Clubes são edificações destinadas à atividades recreativas, desportivas, culturais e assemelhadas.

Art. 172 – Locais de diversões são edificações destinadas à dança, espetáculos, etc.

Art. 173 – Os clubes e locais de diversões, além das disposições da Seção I deste Capítulo, deverão:

I – ter instalações sanitárias separadas por sexo;

II – atender a legislação estadual de saúde;

III – atender a legislação de impacto ambiental;

IV – ter, nas salas de espetáculos e danças, instalação de renovação mecânica de ar.

CONDICIONANTES LEGAIS

NORMAS DE PROTEÇÃO CONTRA INCÊNDIO

Para o Plano de Prevenção Contra Incêndio (PPCI) será utilizado o Decreto Estadual n.º 51.803, que regulamenta a Lei Complementar n.º 14.376, e as resoluções técnicas do CMBRS.

SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO

CLASSIFICAÇÃO DAS EDIFICAÇÕES E ÁREAS DE RISCO DE INCÊNDIO QUANTO À OCUPAÇÃO:

Grupo H: Serviços de saúde e institucionais.

Divisão H2: Local onde pessoas requerem cuidados especiais por limitações físicas ou mentais. *Asilos, orfanatos, abrigos geriátricos, hospitais psiquiátricos, reformatórios, tratamento de dependentes de drogas, álcool. E assemelhados. Todos sem celas.* - Carga de Incêndio de 350MJ/m².

CLASSIFICAÇÃO QUANTO À ALTURA:

Tipo I: edificações térreas.

GRAU DE RISCO DE INCÊNDIO:

Médio (entre carga de incêndio de 300 a 1200MJ/m²).

EXIGÊNCIAS PARA EDIFICAÇÕES A CONSTRUIR COM ÁREA CONSTRUÍDA <750M² E ALTURA <12M:

Saída de emergência, Iluminação de emergência, Sinalização de emergência, Extintores e Brigada de incêndio.

RESOLUÇÃO TÉCNICA CBMRS N° 11 – PARTE 01: SAÍDAS DE EMERGÊNCIA

LARGURA DAS SAÍDAS:

A largura das saídas, isto é, dos acessos, escadas, descargas, é dada pela seguinte fórmula:

$N = P/C$ P = População C = Capacidade da unidade de passagem

N = Número de unidades de passagem, arredondado para número inteiro imediatamente superior

CAPACIDADE DA UNIDADE DE PASSAGEM:

População: Duas pessoas por dormitório, acrescido de uma pessoa por 4 m² de área de alojamento.

Acessos/descargas: 30 Escadas/Rampas: 22 Portas: 30

DISTÂNCIAS MÁXIMAS A SEREM PERCORRIDAS:

50 m (com mais de uma saída e sem chuveiros automáticos)

CENTRO DE CONVIVÊNCIA E CULTURA

CLASSIFICAÇÃO QUANTO À OCUPAÇÃO:

Grupo E: Educacional e cultura física.

Divisão E-2: Escola especial - Escolas de artes e artesanato, de línguas, de cultura geral, de cultura estrangeira, escolas religiosas e assemelhados - Carga de Incêndio de 300MJ/m²

Divisão F-10: Exposição de objetos ou animais - Centros, salões e salas para feiras e exposições de objetos ou animais. Edificações permanentes - Carga de Incêndio de 800MJ/m²

Divisão F-12: Clubes sociais, comunitários e de diversão - Clubes comunitários e de diversão, Salões Paroquiais, Salões Comunitários, Clubes de Sócios, Clubes e salões exclusivos para festas de caráter familiar (casamentos, aniversários, festas infantis e similares), Sedes de entidades de classe. Clubes de bilhares, tiro ao alvo, boliche e assemelhados - Carga de Incêndio de 600MJ/m².

CLASSIFICAÇÃO QUANTO À ALTURA:

III: 6,00 m < H ≤ 12,00 m

GRAU DE RISCO DE INCÊNDIO:

Médio (entre carga de Incêndio de 300 a 1200MJ/m²)

EXIGÊNCIAS PARA EDIFICAÇÕES A CONSTRUIR COM ÁREA CONSTRUÍDA <750M² E ALTURA <12M:

E-2 + F-10 + F-12: Acesso de Viatura na edificação, Saída de emergência, Plano de emergência, Brigada de incêndio, Iluminação de emergência, Detecção de incêndio, Alarme de incêndio, Extintores de incêndio, Sinalização de emergência, Hidrantes e mangotinhos (segundo Resolução Técnica CBMRS n° 05 - parte 07).

RESOLUÇÃO TÉCNICA CBMRS N° 11 – PARTE 01: SAÍDAS DE EMERGÊNCIA

CAPACIDADE DA UNIDADE DE PASSAGEM:

População E-2: Uma pessoa por 1,5 m² de área de sala de aula (F) (G).

População F-10 e F-12: Duas pessoas por m² de área (H) (O) (Q)

Acessos/descargas: 100 Escadas/Rampas: 75 Portas: 100

DISTÂNCIAS MÁXIMAS A SEREM PERCORRIDAS:

35m (com mais de uma saída e sem chuveiros automáticos).

TIPOS DE ESCADAS DE EMERGÊNCIA POR OCUPAÇÃO:

NE - Escada não enclausurada (escada comum).

NORMA DE ACESSIBILIDADE A EDIFICAÇÕES, MOBILIÁRIO, ESPAÇOS E EQUIPAMENTOS URBANOS

O projeto a ser desenvolvido irá atender aos dimensionamentos e orientações especificadas pela NBR 9050, dando atenção aos requisitos dos itens:

4. Parâmetros antropométricos;

6. Acessos e circulação;

7. Sanitários, banheiros e vestiários;

8. Mobiliário urbano;

9. Mobiliário;

Dentro da Seção 10, sobre Equipamentos, serão consideradas as orientações específicas para os itens:

10.07 Locais de exposição

10.10 Serviços de saúde

10.11 Locais de esporte, lazer e turismo

10.16 - Bibliotecas e centros de leitura

NORMAS DE PROVEDORES DE SERVIÇO DE ELETRICIDADE, TELEFONE, ÁGUA E DEMAIS SERVIÇOS

Quanto à instalação de serviços, o terreno está em área bem consolidada com fácil acesso a todos os sistemas de infraestrutura da cidade. O programa não está dentro de casos de exceção quanto a estes serviços. O projeto será executado dentro das normas adequadas, e especificidades serão consultadas quando for necessário, considerando as normas contidas no Código de Edificações, no Código de Proteção Contra Incêndios e nas regulamentações dos prestadores serviços.

FONTES DE INFORMAÇÃO

DOS SANTOS, Mara Eliane Dutra. A Reforma Psiquiátrica na Prática: Avanços no Morada Viamão. O Cuidado do Morar: Escritas Entre Trabalhadores de Serviços Residenciais Terapêuticos. Coleção Escola de Saúde Pública Série Saúde Mental Coletiva. Porto Alegre, 2014.

DE OLIVEIRA, Rafael Wolski. Entre Atores e Turistas: Itinerâncias Desinstitucionalizantes. O Cuidado do Morar: Escritas Entre Trabalhadores de Serviços Residenciais Terapêuticos. Coleção Escola de Saúde Pública Série Saúde Mental Coletiva. Porto Alegre, 2014.

TINOCO, Stelamaris Gluck. (Des)Encontros na Crise: Construir Incertezas, Que Caminho é Esse? O Cuidado do Morar: Escritas Entre Trabalhadores de Serviços Residenciais Terapêuticos. Coleção Escola de Saúde Pública Série Saúde Mental Coletiva. Porto Alegre, 2014.

O cuidado do morar: Escritas entre trabalhadores de serviços residenciais terapêuticos. Coleção Escola de Saúde Pública. Série Saúde Mental Coletiva. Porto Alegre, 2014.

VIECELI, Ana Paula. Lugares da Loucura: Arquitetura e Cidade no Encontro com a Diferença. Dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Arquitetura (PROPAR) da UFRGS. Porto Alegre, 2014

VIECELI, Ana Paula. A Torre de Ismália: Sobre Muros Invisíveis e Singularidades Urbanas. Revista Estética e Semiótica Volume 6, n 1, p. 104-122. Brasília, 2016.

DE OLIVEIRA, Rafael Wolski. Os Caminhos da Reforma Psiquiátrica: Acompanhamento Terapêutico, Propagação e Contágio na Metrópole. Psicologia & Sociedade; 25 (n. spe. 2), 90-94. Porto Alegre, 2013.

DE SOUZA, Rossana Lopes Pereira; DE OLIVEIRA, Rafael Wolski; DIAS, Míriam T. Guterrez. Reabilitação Psicossocial Como Dispositivo Técnico Político Para a Efetivação da Reforma Psiquiátrica.

PIEPER, Luísa Cypriano. A empatia, a Loucura e a cidade: Uma Contribuição da Arquitetura para a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Trabalho de Conclusão de Curso na Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da UFRGS. Porto Alegre, 2018.

AMARANTE, Paulo; RANGEL, Mariana. A liberdade é terapêutica: reinventando vidas na reforma psiquiátrica. RECIIS - Revista. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.3, n.4, p.10-16, dez., 2009.

BERTOLLETI, Roberta. Uma Contribuição da Arquitetura Para a Reforma Psiquiátrica: Estudo no Residencial Terapêutico Morada São Pedro em Porto Alegre. Dissertação de mestrado do Programa de Pós Graduação em Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2011.

SALLES, Anna Carolina Rozante Rodrigues; MIRANDA, Lilian. Desvincular-se do manicômio, apropriar-se da vida: persistentes desafios da desinstitucionalização. Psicologia & Sociedade, 28(2), 369-379. Rio de Janeiro, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Residências Terapêuticas: o que são, para que servem. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília, 2004.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE. Saúde Mental: Diagnóstico e Processo de Expansão da RAPS. Porto Alegre, 2016.

MACHADO, Adriana. São Pedro: onde a Reforma Psiquiátrica ainda não chegou. 2013. Disponível em <https://www.extraclasse.org.br/saude/2013/05/sao-pedro-onde-a-reforma-psiquiatica-ainda-nao-chegou/>

PINHO, Leonardo Pinho; GIANNINI, Rogério. O avanço da contrarreforma psiquiátrica sobre o orçamento público. São Paulo, 2019. Disponível em <https://www.brasildefato.com.br/2019/10/25/artigo-or-o-avanco-da-contrarreforma-psiquiatica-sobre-o-orcamento-publico>

SAMPAIO, Cristiane. Contra retrocessos na política antimanicomial, CNS pede que governo revogue portaria. Brasília, 2018. Disponível em <https://www.brasildefato.com.br/2018/02/15/contra-retrocessos-na-politica-antimanicomial-cns-pede-que-governo-revoguem-portaria>

VELLEDA, Luciano. Corte de verba ameaça Reforma Psiquiátrica e sinaliza preferência por internações. 2018. Disponível em <https://www.brasildefato.com.br/2018/11/25/corte-de-verba-ameaca-reforma-psiquiatica-e-sinaliza-preferencia-por-internacoes>

REVADAM, Rafael; SCARTEZINI, Tainá. 50 Anos em 5: Como o Brasil Está Regredindo Décadas na Luta Antimanicomial. 2020. Disponível em <http://www.comciencia.br/50-anos-em-5-como-o-brasil-esta-regredindo-decadas-na-luta-antimanicomial/#more-5314>

FLECK, Giovana. Residencial dá exemplo de como integrar à sociedade pessoas com problemas de saúde mental. 2018. Disponível em <https://www.sul21.com.br/ultimas-noticias/geral/2018/05/residencial-da-exemplo-de-como-integrar-a-sociedade-pessoas-com-problemas-de-saude-mental/>

PORTO ALEGRE (Município). Lei Complementar nº 434, de 01 de dezembro de 1999. PDDUA: Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano Ambiental, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Prefeitura, 1999.

Porto Alegre (Município). Lei Complementar nº 284, de 27 de outubro de 1992. Código de Obras de Porto Alegre, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Prefeitura, 1992.

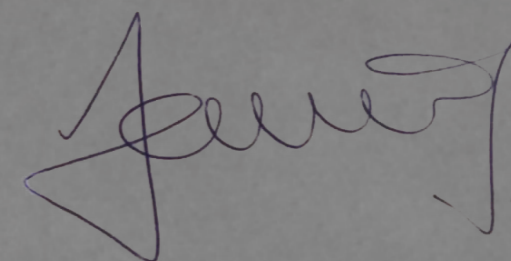
Rio Grande do Sul (Estado). Regulamentação PPCI. Decreto Estadual n.º 51.803 - lei complementar nº 14.376, de 26 de dezembro de 2013. Rio Grande do Sul, Assembléia Legislativa, 2014.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO RIO GRANDE DO SUL (CBMRS). Resolução Técnica nº 11, de 19 de setembro de 2016. Rio Grande do Sul, CBMRS, 2016.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO RIO GRANDE DO SUL (CBMRS). Resolução Técnica nº 05, de 7 de novembro de 2016. Rio Grande do Sul, CBMRS, 2016.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO RIO GRANDE DO SUL (CBMRS). Resolução Técnica de Transição, de 17 de maio de 2017. Rio Grande do Sul, CBMRS, 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 9050: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro, 2015.



Assinatura Professora Orientadora Daniele Caron
Porto Alegre,
31 Agosto de 2020

JAMILE TABBAL MALLETT
Cartão 241989

Vínculo em 2020/1

Curso: ARQUITETURA E URBANISMO
Habilitação: ARQUITETURA E URBANISMO
Currículo: ARQUITETURA E URBANISMO

Histórico Avaliado - ARQUITETURA E URBANISMO - 2020/1

Código do Curso no INEP: 13702

Período Letivo	Disciplina	Conceito	Situação	Créditos
2020/1	[ARQ01085] HABITABILIDADE DAS EDIFICAÇÕES I	-	Liberação com crédito	2
2020/1	TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE ARQUITETURA E URBANISMO	-	Matriculado	24
2020/1	[ARQ01088] TEORIA DA ARQUITETURA I	-	Liberação com crédito	2
2020/1	[ARQ02027] SISTEMAS DE INFORMAÇÕES GEOGRÁFICAS EM URBANISMO	-	Matriculado	4
2020/1	[ARQ01094] HABITABILIDADE DAS EDIFICAÇÕES III	-	Liberação com crédito	2
2020/1	[ARQ01087] HABITABILIDADE DAS EDIFICAÇÕES II	-	Liberação com crédito	2
2020/1	[VAERE201] VÍNCULO ACADÊMICO - ERE 2020/1	-	Matriculado	0
2020/1	[ARQ01075] REPRESENTAÇÃO GRÁFICA I	-	Liberação com crédito	6
2020/1	[ARQ01086] HISTÓRIA DA ARQUITETURA E DA ARTE IV	-	Liberação sem crédito	2
2019/2	[ENG03016] CLIMATIZAÇÃO ARTIFICIAL - ARQUITETURA	A	Aprovado	2
2019/2	[ENG01018] EDIFICAÇÕES E COMUNIDADES SUSTENTÁVEIS	A	Aprovado	4
2019/2	[ARQ01020] PROJETO ARQUITETÔNICO VII	B	Aprovado	10
2019/2	ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM ARQUITETURA E URBANISMO	A	Aprovado	12
2019/1	[EDU03071] LÍNGUA BRASILEIRA DE SINAIS (LIBRAS)	A	Aprovado	2
2019/1	[ARQ02006] URBANISMO IV	A	Aprovado	7
2019/1	[AGR06004] PAISAGISMO E MEIO AMBIENTE	A	Aprovado	2
2018/2	[ARQ02004] URBANISMO III	A	Aprovado	7
2018/2	[ARQ01089] TEORIA DA ARQUITETURA II	B	Aprovado	2
2018/2	[ARQ02005] PLANEJAMENTO E GESTÃO URBANA	A	Aprovado	4
2018/2	[ARQ01017] LEGISLAÇÃO E EXERCÍCIO PROFISSIONAL NA ARQUITETURA	B	Aprovado	2

2018/2	[ARQ01091] PRÁTICAS EM OBRAS II	A	Aprovado	2
2018/1	[ARQ01013] PROJETO ARQUITETÔNICO V	B	Aprovado	10
2018/1	[ARQ01090] PRÁTICAS EM OBRAS I	A	Aprovado	2
2018/1	[ARQ01018] TÉCNICAS RETROSPECTIVAS	-	Liberação com crédito	4
2018/1	[ENG01175] ESTRUTURA DE CONCRETO ARMADO B	B	Aprovado	4
2018/1	[ARQ01016] PROJETO ARQUITETÔNICO VI	-	Liberação com crédito	10
2017/1	[ENG01174] ESTRUTURA DE CONCRETO ARMADO A	B	Aprovado	4
2017/1	[ARQ01073] ECONOMIA E GESTÃO DA EDIFICAÇÃO	A	Aprovado	4
2017/1	[ARQ02003] URBANISMO II	A	Aprovado	7
2017/1	[ARQ02007] PLANO DIRETOR - CONTEÚDO E TENDÊNCIAS	A	Aprovado	2
2017/1	[ARQ02213] MORFOLOGIA E INFRAESTRUTURA URBANA	B	Aprovado	4
2017/1	[ENG03015] ACÚSTICA APLICADA	B	Aprovado	2
2016/2	[ENG01176] TÉCNICAS DE EDIFICAÇÃO C	B	Aprovado	4
2016/2	[ARQ02002] URBANISMO I	B	Aprovado	6
2016/2	[ENG01173] ESTRUTURAS DE AÇO E DE MADEIRA A	A	Aprovado	4
2016/2	[ARQ01011] PROJETO ARQUITETÔNICO IV	B	Aprovado	10
2016/1	[ARQ01009] PROJETO ARQUITETÔNICO III	C	Aprovado	10
2016/1	[ENG01170] ESTABILIDADE DAS EDIFICAÇÕES	C	Aprovado	4
2016/1	[ENG01129] ANÁLISE DOS SISTEMAS ESTRUTURAIS	B	Aprovado	4
2016/1	[ARQ02001] TEORIAS SOBRE O ESPAÇO URBANO	A	Aprovado	4
2016/1	[ENG01172] TÉCNICAS DE EDIFICAÇÃO B	B	Aprovado	4
2015/2	[ARQ02201] EVOLUÇÃO URBANA	A	Aprovado	6
2015/2	[IPH02045] INSTALAÇÕES HIDRÁULICAS PREDIAIS A	B	Aprovado	2
2015/2	[ARQ01008] PROJETO ARQUITETÔNICO II	A	Aprovado	10
2015/2	[ENG01169] RESISTÊNCIA DOS MATERIAIS PARA ARQUITETOS	B	Aprovado	4
2015/2	[IPH02046] INSTALAÇÕES HIDRÁULICAS PREDIAIS B	C	Aprovado	2
2015/2	[ENG01171] TÉCNICAS DE EDIFICAÇÃO A	B	Aprovado	4
2015/2	[ARQ01053] DESENHO ARQUITETÔNICO III	A	Aprovado	3
2015/1	[ARQ01004] HISTÓRIA DA ARQUITETURA E DA ARTE III	B	Aprovado	2
2015/1	[BIO02224] ESTUDO DA VEGETAÇÃO	A	Aprovado	3
2015/1	[ENG01139] MECÂNICA PARA ARQUITETOS	B	Aprovado	4
2015/1	[ARQ01076] REPRESENTAÇÃO GRÁFICA II	B	Aprovado	6
2015/1	[ARQ01007] PROJETO ARQUITETÔNICO I	A	Aprovado	10
2015/1	[ARQ01005] ARQUITETURA NO BRASIL	A	Aprovado	4
2014/2	[ARQ01049] INTRODUÇÃO AO PROJETO ARQUITETÔNICO II	C	Aprovado	9
2014/2	[ARQ01003] HISTÓRIA DA ARQUITETURA E DA ARTE II	B	Aprovado	2
2014/2	[MAT01339] CÁLCULO E GEOMETRIA ANALÍTICA PARA ARQUITETOS	C	Aprovado	6
2014/2	[ARQ02020] PRÁTICAS SOCIAIS NA ARQUITETURA E NO URBANISMO	B	Aprovado	2
2014/2	[ARQ01047] LINGUAGENS GRÁFICAS II	B	Aprovado	3

2014/2	[GEO05501] TOPOGRAFIA I	B	Aprovado	4
2014/1	[ARQ01001] HISTÓRIA DA ARQUITETURA E DA ARTE I	B	Aprovado	2
2014/1	[ARQ01044] INTRODUÇÃO AO PROJETO ARQUITETÔNICO I	B	Aprovado	9
2014/1	[ARQ01046] LINGUAGENS GRÁFICAS I	A	Aprovado	3
2014/1	[ARQ03004] GEOMETRIA DESCRITIVA APLICADA À ARQUITETURA	A	Aprovado	4
2014/1	[ARQ03006] TÉCNICAS DE REPRESENTAÇÃO ARQUITETÔNICA	A	Aprovado	3
2014/1	[ARQ01045] MAQUETES	B	Aprovado	3

Créditos Liberados

Período Letivo	Caráter	Créditos	Observação
2018/1	Eletiva	6	Por ter cursado a disciplina Transversal 5 Vivienda T. Schepe na Universidad de La Republica, Uruguai.
2019/2	Complementar	5	5 creditos eletivos excedentes convertidos em complementares pelo portal do aluno.
2020/1	Complementar	1	Ateliê Intensivo Internacional: o Futuro dos Bairros Auto-Construídos Junto à Nascentes e Cursos D'Água, de 18/04/2016 aq 30/04/2016
2020/1	Complementar	1	EMAV 2016 - Escritório Modelo Albano Volkmer: Projeto Sustentável e Construção de Autonomia.
2020/1	Complementar	2	Produção Social do Habitat - Teoria e Prática, de 19/10/2015 a 24/10/2015.
2020/1	Complementar	5	Práticas Participativas no Beco das Pedras - Comunidade Morro da Cruz.

Créditos Obtidos	
Obrigatórios:	258
Obrigatórios Convertidos:	12
Eletivos:	16
Complementares:	14
Tipos de atividades complementares(*):	2

Créditos do Currículo	
Obrigatórios:	260
Obrigatórios Convertidos: <i>(Soma das cargas horárias de caráter obrigatório de atividades sem créditos / 15)</i>	36
Eletivos:	10
Complementares:	6
Tipos de atividades complementares:	2

Taxa de Créditos não Integralizados: **8,33%**

(*) Observação: O aluno que obteve seus créditos complementares antes de 05/08/2009, Res. 24/2006 do CEPE, não terá o número de tipos de atividades complementares registradas, tendo em vista que essa obrigatoriedade de registro se fez necessária após 05/08/2009, através da Res. 50/2009 do CEPE.