



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UnICEUB
PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

AMANDA SILVA WILSON BORGES

CURATIVO ESPACIAL
ARQUITETURA E CONFEÇÃO DA SALA DE INTREGRAÇÃO SENSORIAL DO
ADOLESCENTRO 605 SUL

BRASÍLIA

2018



AMANDA SILVA WILSON BORGES

CURATIVO ESPACIAL
ARQUITETURA E CONFEÇÃO DA SALA DE INTREGRAÇÃO SENSORIAL DO
ADOLESCENTRO 605 SUL

Relatório final de pesquisa de Iniciação
Científica apresentado à Assessoria de Pós-
Graduação e Pesquisa.

Orientação: Francisco Afonso de Castro Júnior

BRASÍLIA

2018

**CURATIVO ESPACIAL – ARQUITETURA E CONFECÇÃO DA SALA DE
INTEGRAÇÃO SENSORIAL DO ADOLESCENTRO 605 SUL**

Amanda Silva Wilson Borges – UniCEUB, PIBITI Institucional, aluno bolsista

Amanda.borges@sempreceub.

Francisco Afonso de Castro Júnior – UniCEUB, professor orientador

ceubchicojr@gmail.com

francisco.junior@uniceub.edu.br

No Brasil, mais especificamente no Distrito Federal, há uma enorme lacuna com relação ao atendimento e assistência à saúde das crianças e adolescentes com transtornos mentais. O setor público ainda não apresentou um programa de investimentos significativos na área da saúde. Segundo o Tesouro Nacional, no ano de 2016 os investimentos do GDF reduziram em 70% entre 2014 e 2015. Houve uma queda no volume de recursos investidos na capital que passou de R\$ 1,79 bilhão para R\$ 539 milhões no período. Esta realidade pode ser amenizada e enfrentada por parte da sociedade civil, com o desenvolvimento de ações diretas na área da saúde no sentido de requalificar e criar espaços destinados a atividades específicas, no caso, uma sala sensorial que irá atender crianças de 10 a 18 anos de idade portadoras de diversos tipos de transtornos e distúrbios mentais. Com a descentralização e regionalização da saúde, o Adolescentro, além do atendimento que regularmente vem prestando a jovens com transtornos e distúrbios moderados dos mais variados tipos pertencentes a Superintendência da Região de Saúde Centro Sul do DF, deverá oferecer assistência aos adolescentes com Transtorno do Espectro Autista-TEA, Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade-TDAH, Retardo Mental e Transtorno de aprendizagem sob a ótica da Integração Sensorial. Atualmente, o Centro de Saúde não possui estrutura adequada para essa nova demanda. Neste sentido, objetivou-se, por meio de projeto arquitetônico e obra, de forma prática e consistente, a requalificação de um espaço físico específico no centro de saúde com o intuito de qualificar os serviços prestados à população carente do Distrito Federal, bem como engajar e conscientizar os discentes do seu papel como agente de transformação social. Foram adotados os procedimentos metodológicos de planejamento, pesquisa e levantamento quantitativo e qualitativo do espaço físico; concepção, programação e projeção; viabilização de parcerias, recursos, mão de obra e confecção da Sala de Integração Sensorial. A partir da consciência adquirida e do trabalho de transformação individual num primeiro momento, concluiu-se que foi possível mudanças de maior vulto em razão do valor coletivo. Desta forma, por meio de ações individuais e coletivas orientadas, os discentes tiveram a oportunidade de reforçar valores éticos, de cidadania e praticá-los por meio de um convívio entre pessoas de diferentes classes e condições sociais. Edificações são construídas para gerar abrigo, ou seja, espaços/lugares internos protegidos pela estrutura e pelas vedações para que neles possam ser desempenhadas funções. No caso da Sala de Integração Sensorial, o espaço interno está intrinsecamente vinculado ao sucesso da terapia e nos resultados esperados. Foram analisados e avaliados volume e forma, proporção, distribuição, articulação e conexão de espaços dentro de um contexto

tridimensional. Consideraram-se os pesos e as relevâncias de cada uma dessas variáveis no arranjo e na organização do espaço, no sentido de melhor satisfazer as aplicações funcionais no lugar. Por conseguinte, os resultados obtidos foram extremamente satisfatórios. A sala encontra-se pronta para receber os equipamentos. Em breve serão iniciadas as terapias que irão se transformar em ganhos em saúde física e mental dos usuários.

Palavras-Chave: Projeto. Adolescente. Reforma. Arquitetura

SUMÁRIO

1 Introdução

2 Fundamentação Teórica

3 Metodologia

3.1 Descrição da Metodologia Utilizada

3.2 Descrição das Etapas de Projeto

3.2.1 Levantamentos de Dados e Visita ao Local

3.2.2 Pesquisas e Levantamento de Informações Acerca das Questões Médicas

3.2.3 Programa de Necessidades

3.2.4 Estudo Preliminar e Volumétrico

3.2.5 Projeto

3.2.6 Projeto Executivo

3.2.6 Apresentação do Projeto aos Responsáveis do Adolescentro

3.2.5 Orçamentos e Mão de Obra

3.2.6 Execução

4 Resultados e Discussões

5 Considerações Finais

6 Referências

1 Introdução

Este trabalho discorre sobre o desenvolvimento do projeto nomeado Curativo Espacial, que tem como o objetivo trazer ação direta de mudança na realidade do espaço de convivência e interação no Adolescentro de Brasília. O foco da pesquisa foi estudar, planejar e transformar esse espaço para atender crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista-TEA, Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade-TDAH, Retardo Mental e Transtorno de aprendizagem sob a ótica da Integração Sensorial. Um trabalho realizado que promove espaços adequados, traz qualidade de vida e aprendizados no processo que permitem a pesquisa e o desenvolvimento acadêmico acerca da influência e impacto da Arquitetura em um espaço.

2 Fundamentação Teórica

Como fonte de pesquisa para a elaboração do estudo de caso específico que seria atendido no Adolescentro, foi elaborada uma pesquisa acerca do autismo como uma das fontes que trariam as primeiras realidades que deveriam ser enfrentadas na etapa de planejamento. Para esse fim utilizou-se referências de autores como Ana Maria S. Ros de Mello - psiquiatra infantil e Daniel Sousa Filho – Psiquiatra Infantil, Wanderley Domingues - neurologista, psiquiatra e presidente do Centro Pró-Autista (CPA).

O autismo é um distúrbio do desenvolvimento humano que vem sendo estudado pela ciência há quase seis décadas, mas sobre o qual ainda permanecem, dentro do próprio âmbito da ciência, divergências e grandes questões por responder.

Segundo Ana Maria S. Ros de Mello:

Autismo é uma síndrome() definida por alterações presentes desde idades muito precoces, tipicamente antes dos três anos de idade, e que se caracteriza sempre por desvios qualitativos na comunicação, na interação social e no uso da imaginação¹*

O autismo surgiu em 1912 e era empregado para classificar uma “alienação” em pacientes com esquizofrenia. Na década de 1943, somente o psiquiatra austríaco Leo Kanner corrigiu a bibliografia médica e falou do autismo como um transtorno propriamente dito. “Na época, supunha-se que a causa era o ambiente em que a criança era criada.”². A responsabilidade era totalmente dos pais. Hoje se acredita que a síndrome é provocada por uma série de fatores distintos, que não estão ligados a influências psicológicas. A partir dos anos 2000, a ciência começou a encontrar padrões de variações genéticas comuns entre autistas. Em um estudo publicado pela revista científica Nature em 2010, foi detectada em autistas uma incidência 20% maior de uma anomalia incomum em que se duplica ou subtrai certos genes – especialmente ao relacionados ao desenvolvimento da criança. Já em outra pesquisa encabeçada pelo Conselho de Pesquisa do Reino Unido e publicada no período científico JAMA Psychiatry

¹ <http://www.ama.org.br/site/images/home/Downloads/Cartilha8aedio.pdf> acesso 06.06,2017.

² Guia minha saúde especial: autismo – 5 edição – São Paulo: On line, 2016 p.10.

no início de 2016, mostrou que o autismo é quase inteiramente de origem genética, com uma construção biológica sendo responsável por 74% e 98% dos casos.

Autismo é um transtorno global do desenvolvimento marcado por vários sinais. Schmidt, em 2013 define o transtorno com: Transtorno do Espectro do Autismo Definição [...] transtorno do neurodesenvolvimento, presente desde a infância, apresentando déficit nas dimensões sociocomunicativa e comportamental. (Schmidt, 2013)

A Associação de Psiquiatria Americana, em conjunto com a Associação de Pais de Autistas nos EUA, organizou 73 sintomas típicos para reconhecimento do Transtorno Autista. Destes 14 são considerados fundamentais:

- Na presença de outras crianças, ela se afasta;
- Parece que é surda;
- Resiste ao aprendizado;
- Não demonstra sentir dor ou medo de perigos reais;
- Resiste a mudanças de rotina;
- Não aponta com o dedo para o objeto que quer alcançar;
- Ri e movimenta-se de maneira inapropriada;
- Foge do contato físico;
- Parece que tomou um choque. É hiperativo
- Evita o contato visual
- Apega-se demasiadamente a objetos;
- Gira objetos de maneira peculiar;
- Às vezes é hostil e arreadio;
- Tem modos e comportamentos indiferentes.

Conforme o psiquiatra da infância e da adolescência (SP), Daniel Sousa Filho, afirma que apesar de os sinais do transtorno variarem, há três comprometimentos que são considerados mais comuns. O primeiro é na **interação social**, ou seja, no modo de se relacionar com outras crianças, adultos ou com o meio ambiente. Uma das teorias que explica esse comportamento afirma que o autista tem dificuldade de entender o outro e de se colocar no lugar de alguém. Não compreende sentimentos e vontades, por isso se isola. O segundo sintoma recorrente é a **dificuldade na comunicação**: há crianças que não desenvolvem a fala e outras que têm ecolalia (fala repetitiva). Como terceiro sinal, há a questão **comportamental**: as ações podem ser estereotipadas, repetitivas.

Para se ter uma ideia, algumas pessoas só vão descobrir o autismo na fase adulta, quando se submetem a análise do histórico de comportamento. Elas se adaptam e aprendem a viver dessa maneira. “ Principalmente pela dificuldade do diagnóstico tanto em adultos como em crianças. Muitas pessoas que apresentam traços leves do transtorno levam a vida sem imaginar que estão inseridas no aspecto autista”, diz o neurologista, psiquiatra e presidente do Centro Pró-Autista (CPA) Wanderley Domingues. Devido à ausência de um diagnóstico preciso, podem pensar, na verdade, que sofrem de depressão. O grau de comprometimento é de intensidade variável: vai desde quadros mais leves, como a síndrome de Asperger (na qual não há comprometimento da fala e da inteligência), até formas graves em que o paciente se mostra incapaz de manter qualquer tipo de contato interpessoal e é portador de comportamento agressivo e retardo mental. Pode manifestar-se desde os primeiros dias de vida, mas é comum pais relatarem que a criança passou por um período de normalidade anteriormente à manifestação dos sintomas.

A tendência atual é admitir a existência de múltiplas causas para o autismo, entre eles, fatores genéticos e biológicos. O diagnóstico não é tão simples assim. Isso porque não há um exame específico que indique o transtorno – a avaliação deve ser clínica e feita por uma equipe multidisciplinar, formada por psicólogo, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo.

“O diagnóstico é essencialmente clínico. Leva em conta o comprometimento e o histórico do paciente e norteia-se pelos critérios estabelecidos por DSM-IV (Manual de Diagnóstico e Estatística da Sociedade Norte-Americana de Psiquiatria) e pelo CID-10 (Classificação Internacional de Doenças da OMS). Até o momento, autismo é um distúrbio crônico, mas que conta com esquemas de tratamento que devem ser introduzidos tão logo seja feito o diagnóstico e aplicados por equipe multidisciplinar. Não existe tratamento padrão que possa ser utilizado. Cada paciente exige acompanhamento individual, de acordo com suas necessidades e deficiências. Alguns podem beneficiar-se com o uso de medicamentos, especialmente quando existem co-morbidades associadas.”³

‘Não existe nenhum exame laboratorial capaz de confirmar uma hipótese de diagnóstico de autismo. O possível a ser feito, até o momento, é uma observação clínica da criança pela história de vida e pelo preenchimento de alguns questionários que ajudam a formular o diagnóstico, como por exemplo, a M-CHAT (questionário que tem uma versão em português) Estes instrumentos estão disponíveis como anexos deste trabalho.

Referente ao tratamento pode ressaltar: os tipos mais usuais de intervenção:

TEACCH* - Tratamento e educação para crianças com autismo e com distúrbios correlatos da comunicação

³ <https://drauziovarella.com.br/doencas-e-sintomas/autismo/> acesso: 06.06.2016

O TEACCH foi desenvolvido nos anos 60 no Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade da Carolina do Norte, Estados Unidos, e atualmente é muito utilizado em várias partes do mundo.

O TEACCH foi idealizado e desenvolvido pelo Dr. Eric Schoppler, e atualmente tem como responsável o Dr. Gary Mesibov.* Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped CHildren. O método TEACCH utiliza uma avaliação chamada PEP-R (Perfil Psicoeducacional Revisado) para avaliar a criança, levando em conta os seus pontos fortes e suas maiores dificuldades, tornando possível um programa individualizado.

O TEACCH se baseia na organização do ambiente físico através de rotinas - organizadas em quadros, painéis ou agendas - e sistemas de trabalho, de forma a adaptar o ambiente para tornar mais fácil para a criança compreendê-lo, assim como compreender o que se espera dela. Através da organização do ambiente e das tarefas da criança, o TEACCH visa desenvolver a independência da criança de modo que ela necessite do professor para o aprendizado, mas que possa também passar grande parte de seu tempo ocupando-se de forma independente. As maiores críticas ao TEACCH têm sido relacionadas à sua utilização com crianças de alto nível de funcionamento. A nossa experiência tem mostrado que o TEACCH, adequadamente usado, pode ajudar muito estas crianças. Temos conseguido resultados acima do esperado, não de forma súbita e milagrosa, mas como fruto de um trabalho demorado e sempre voltado para as características individuais de cada criança.

Outra crítica ao TEACCH é que ele supostamente “robotizaria” as crianças. Em nossa experiência, a tendência de crianças com autismo que passam por um processo consistente de aprendizado, ao contrário de se robotizarem, é de humanizarem-se mais e progressivamente. Verificamos que adquirem algumas habilidades e constroem alguns significados. Mesmo que bastante restritos, se comparados com outras pessoas, representam progressos em relação às suas condições anteriores ao trabalho com o método TEACCH.

ABA – Análise aplicada do comportamento - O tratamento comportamental analítico do autismo visa ensinar à criança habilidades que ela não possui, através da introdução destas habilidades por etapas. Cada habilidade é ensinada, em geral, em esquema individual, inicialmente apresentando-a associada a uma indicação ou instrução. Quando necessário, é oferecido algum apoio (como por exemplo, apoio físico), que deverá ser retirado tão logo seja possível, para não tornar a criança dependente dele. A resposta adequada da criança tem como consequência a ocorrência de algo agradável para ela, o que na prática é uma recompensa. Quando a recompensa é utilizada de forma consistente, a criança tende a repetir a mesma resposta.

O primeiro ponto importante é tornar o aprendizado agradável para a criança. O segundo ponto é ensinar a criança a identificar os diferentes estímulos.

Respostas problemáticas, como negativas ou birras, não são, propositalmente, reforçadas. Em vez disso, os dados e fatos registrados são analisados em profundidade, com o objetivo de detectar quais são os eventos que funcionam como reforço ou

recompensa para os comportamentos negativos, desencadeando-os. A criança é levada a trabalhar de forma positiva, para que não ocorram os comportamentos indesejados.

A repetição é um ponto importante neste tipo de abordagem, assim como o registro exaustivo de todas as tentativas e seus resultados. A principal crítica ao ABA é também, como no TEACCH, a de supostamente robotizar as crianças, o que não nos parece correto, já que a ideia é interferir precocemente o máximo possível, para promover o desenvolvimento da criança, de forma que ela possa ser maximamente independente o mais cedo possível.

Outra crítica a este método é que ele é caro. Esta sim, é uma crítica procedente, e é por esta razão que muitos pais nos Estados Unidos se mobilizaram para serem treinados por especialistas, em grupo, e assim poderem eles mesmos tratar os seus filhos.

PECS - Sistema de comunicação através da troca de figuras - O PECS foi desenvolvido para ajudar crianças e adultos com autismo e com outros distúrbios de desenvolvimento a adquirir habilidades de comunicação. O sistema é utilizado primeiramente com indivíduos que não se comunicam ou que possuem comunicação, mas a utilizam com baixa eficiência.

O nome PECS significa “sistema de comunicação através da troca de figuras”, e sua implementação consiste, basicamente, na aplicação de uma sequência de seis passos.

O PECS visa ajudar a criança a perceber que através da comunicação ela pode conseguir muito mais rapidamente as coisas que deseja, estimulando-a assim a comunicar-se, e muito provavelmente a diminuir drasticamente problemas de conduta. Tem sido bem aceito em vários lugares do mundo, pois não demanda materiais complexos ou caros, é relativamente fácil de aprender, pode ser aplicado em qualquer lugar e quando bem aplicado apresenta resultados inquestionáveis na comunicação através de cartões em crianças que não falam, e na organização da linguagem verbal em crianças que falam, mas que precisam organizar esta linguagem.

Existem outras formas de tratamento, como tratamentos psicoterapêuticos, fonoaudiólogos, equoterapia, musicoterapia e outros, que não têm uma linha formal que os caracterize no tratamento do autismo, e que por outro lado dependem diretamente da visão, dos objetivos e do bom senso de cada profissional que os aplica.

Aconselhamos os pais que optarem por um tratamento deste tipo a analisarem as próprias expectativas e as do profissional pelo qual optaram e em que medida o tratamento os aproxima a estas expectativas, não só no momento da escolha, mas de forma contínua e permanente. Muitos pais declaram que não sentiram melhora no filho, mas que a atuação do profissional foi muito boa e relaxante para eles mesmos.

A experiência da AMA, que é uma experiência de pais e de educadores de pessoas com autismo, constatou a importância de três caminhos a serem conscientemente buscados pelas famílias que se deparam com a questão do autismo em suas vidas: conhecer a questão do autismo, admitir a questão do autismo e buscar

apoio de um grupo de pessoas que também estejam envolvidas com a mesma questão e que procuram conviver com ela da melhor maneira possível.

3 Metodologia

3.1 Descrição da Metodologia Utilizada

A metodologia utilizada na pesquisa compreendeu todos os passos que um projeto arquitetônico inclui, desde a fase de pesquisa e referência até a execução do espaço. Para alcançar o objetivo final foram traçadas etapas de projeto que percorreriam o tempo de um ano da pesquisa, entre as etapas estão:

- 1 Levantamento de Dados e visita ao Local
- 2 Pesquisas e Levantamento de Informações acerca das questões médicas
- 3 Programa de Necessidades
- 4 Estudo Preliminar e Volumétrico
- 5 Pré-Projeto
- 6 Projeto Executivo
- 7 Apresentação do projeto aos responsáveis do Adolescentro
- 8 Orçamentos e Mão de obra
- 9 Execução

3.2 Descrição das Etapas de Projeto

3.2.1 Levantamento de Dados e Visita ao Local

Nas primeiras visitas ao Adolescentro foram tiradas todas as medidas necessárias e feito um croqui situando as medidas e locações de móveis e peças fixas na sala. Para garantir um bom estudo acerca da planta que seria desenvolvida para análise de projeto, foi necessário o levantamento de todos os objetos que faziam parte do lugar, os materiais presentes, o estado de conservação dos revestimentos e móveis fixos ou soltos.

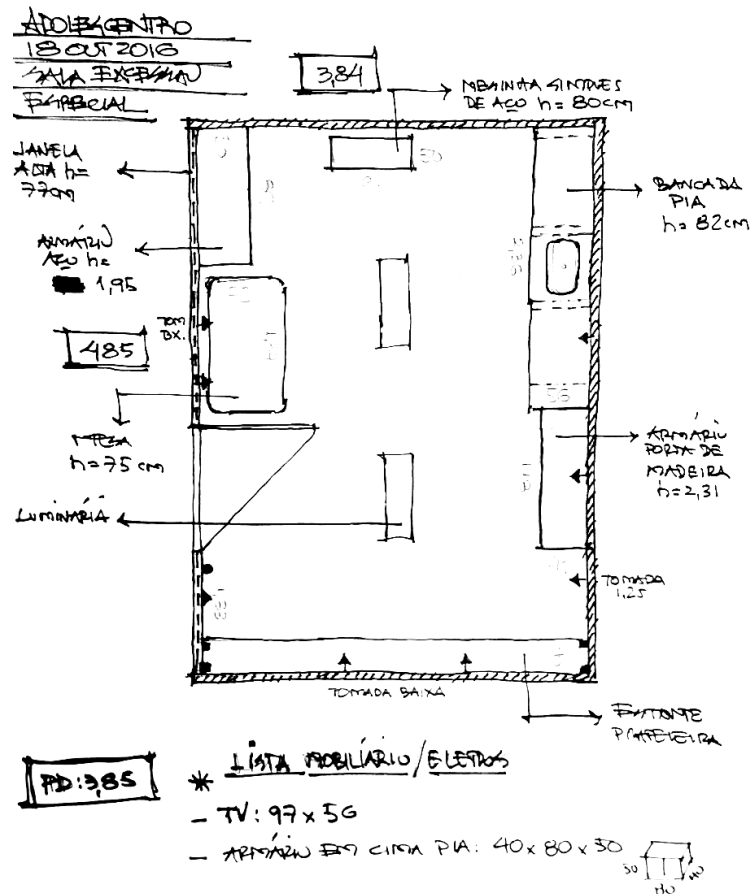


Figura 01. Croqui Levantamento de Dados da Sala

3.2.2 Pesquisas e Levantamento de Informações Acerca das Questões Médicas

Com o conhecimento sobre a condição das crianças e adolescentes que frequentam o centro médico, pacientes de Transtorno do Espectro Autista-TEA, Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade-TDAH, Retardo Mental e Transtorno de aprendizagem sob a ótica da Integração Sensorial, foi elaborada uma pesquisa sobre o autismo e obtiveram-se diversas recomendações acerca do que poderia ou não ser feito na sala pela Coordenadora e Médica do Adolescente Dra. Lídia. As cores quentes e com tons fortes devem ser evitadas, o uso de muitas cores no ambiente também foi negado, as duas questões do uso das cores diz respeito a forma com que as crianças e adolescentes reagem quando entram em contato sensorial com elas. As cores quentes, fortes e o uso de muitas cores juntas passam muita informação trazendo alteração e perturbação para quem convive com esses tipos de transtorno.

A Sala Sensorial já teve sua referência apresentada pela própria médica especialista na área psiquiátrica. Por meio da Doutora foram exibidas diversas salas que promovem o lado sensorial como forma de melhorar a qualidade de vida, o

comportamento nos ambientes, trazendo grande impacto nas emoções e desempenho social das crianças e adolescentes.



Figura 02. Imagem de referência Clínica Ludens, São Paulo.

3.2.3 Programa de Necessidades

O programa de necessidades foi montado com base nas pesquisas médicas e conversas com especialista na área. A utilização das referências exibidas pela Dra. Lídia foi imprescindível para o programa, sendo necessário que ele atendesse as exigências médicas e trouxesse todas as mudanças que seriam tomadas para adequar o espaço as crianças. O programa de necessidades conta com:

Vigas de suporte para objetos suspensos

Rede e balanços

Piscina de Bolinhas

Armário com chaves

Prateleiras para brinquedos e objetos de uso na sala

Mesa para atividades

Piso acolchoado

Estande para Tv e equipamento de internet

Nova abertura de porta

Aparelho de escalada

Para obter um espaço mais qualificado para as atividades foi necessário a retirada da pia e da bancada que se encontrava no lugar, aumentando a área de uso para as atividades recreativas e educativas.

3.2.4 Estudo Preliminar e Volumétrico

A partir das referências e estudos de caso foram iniciados os estudos preliminares e volumétricos, adequando da melhor maneira os objetos e atividades na sala. A primeira decisão importante foi locar as vigas suspensas que sustentariam os objetos pendurados, elas foram planejadas de modo a sustentar adequadamente, obter um custo baixo e uma fácil montagem. Com a decisão das vigas e do lugar adequado que elas seriam implantadas, foram organizados diversas vezes todas as outras necessidades de projeto até encontrar a melhor disposição.



Figura 03. Estudo Volumétrico Finalizado



Figura 04. Estudo Volumétrico Finalizado



Figura 05. Estudo Volumétrico Finalizado

3.2.5 Projeto

A fase de projeto foi a etapa onde os desenhos técnicos começaram a ser desenvolvidos, trazendo mais rigorosidade e detalhamento em cada parte da sala. Desenvolvimento geral das disposições e fixação das estruturas que seriam utilizadas.

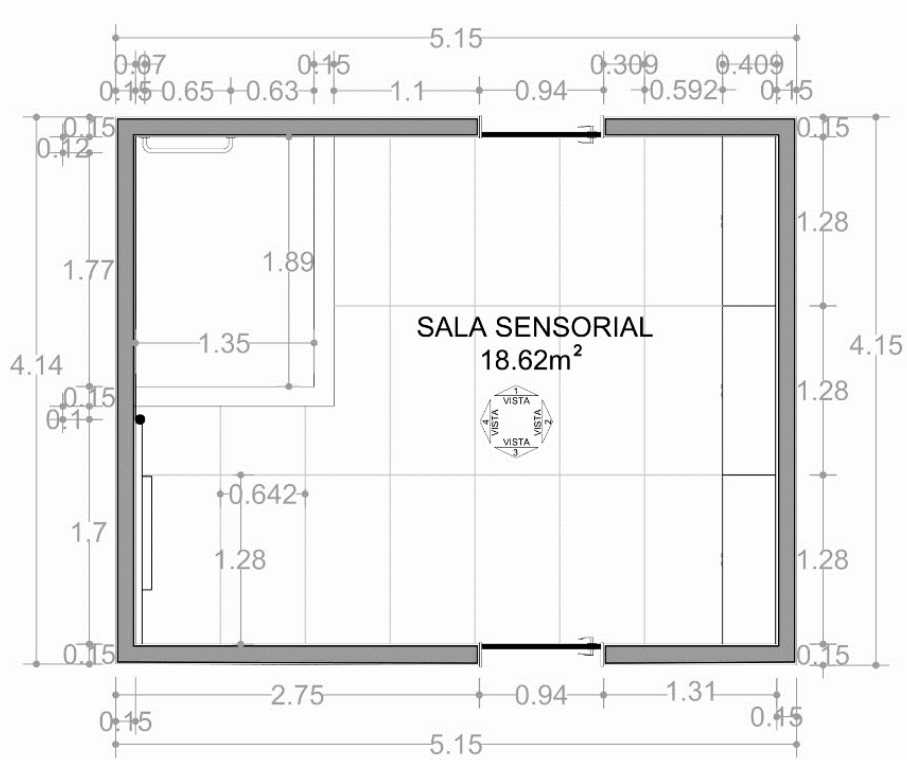


Figura 06. Planta Baixa

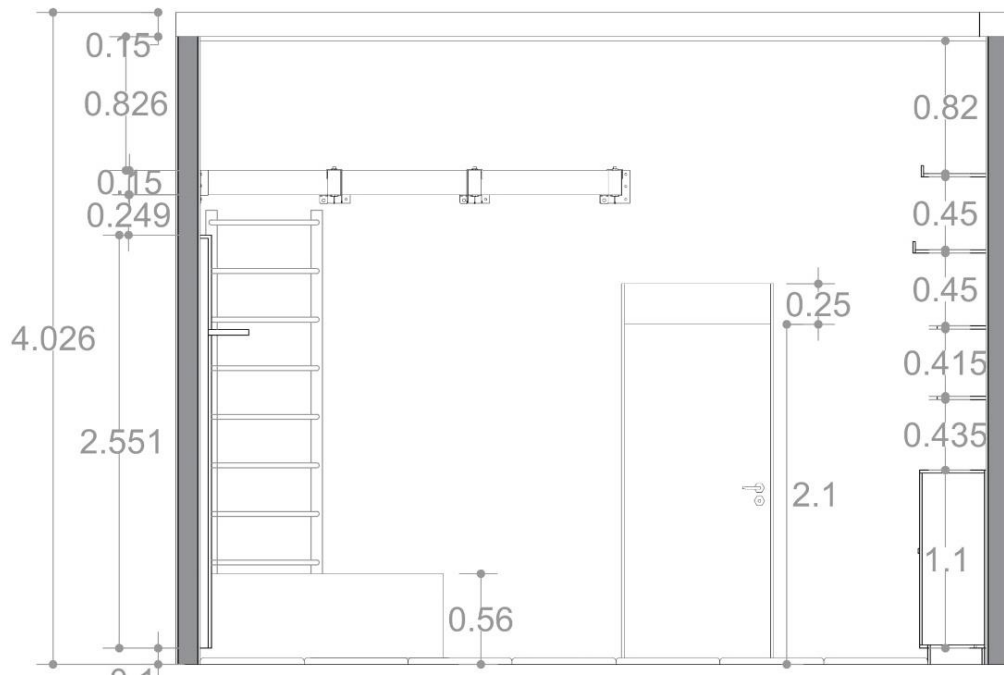


Figura 07. Corte AA

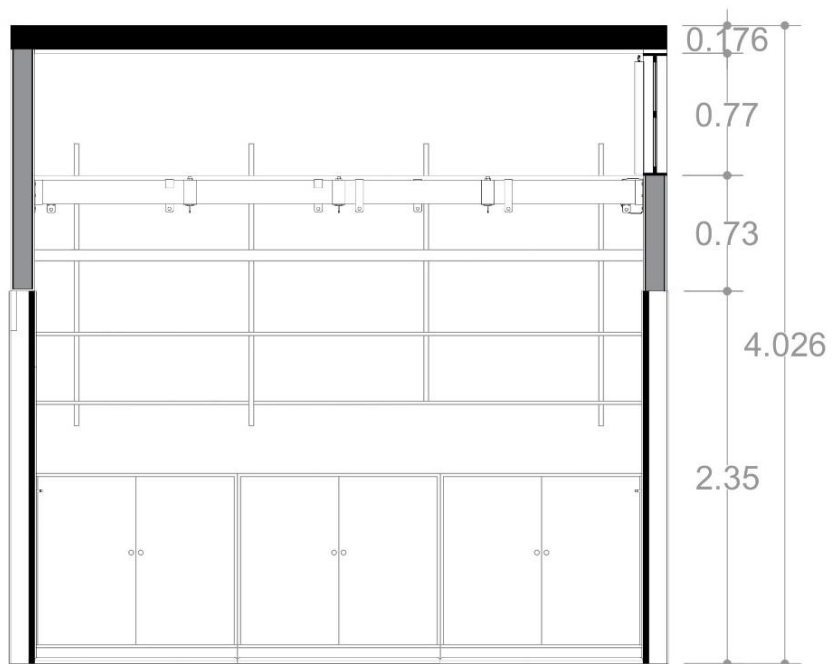


Figura 08. Corte BB

3.2.6 Projeto Executivo

No projeto executivo foram decididos todos os detalhes da sala, incluindo os armários, vigas e aparelho de escalada. As vigas de madeiras recebem um polimento e são sustentadas em apoios de aço fixados nas paredes por meio de parafusos. A parte onde as vigas se encontra recebem também são aparafusadas. O aparelho de escalada é feito com duas barras de madeira laterais fixadas na parede, com barras de aço cilíndricas formando a escada com espaçamentos entre si. Os armários são feitos de MDF e foram pensados internamente de forma a facilitar o armazenamento de qualquer objeto, pois as prateleiras são retiráveis e os pinos de rolamento para encaixe possuem diversas alturas, permitindo assim a mudança de tamanho do espaço.

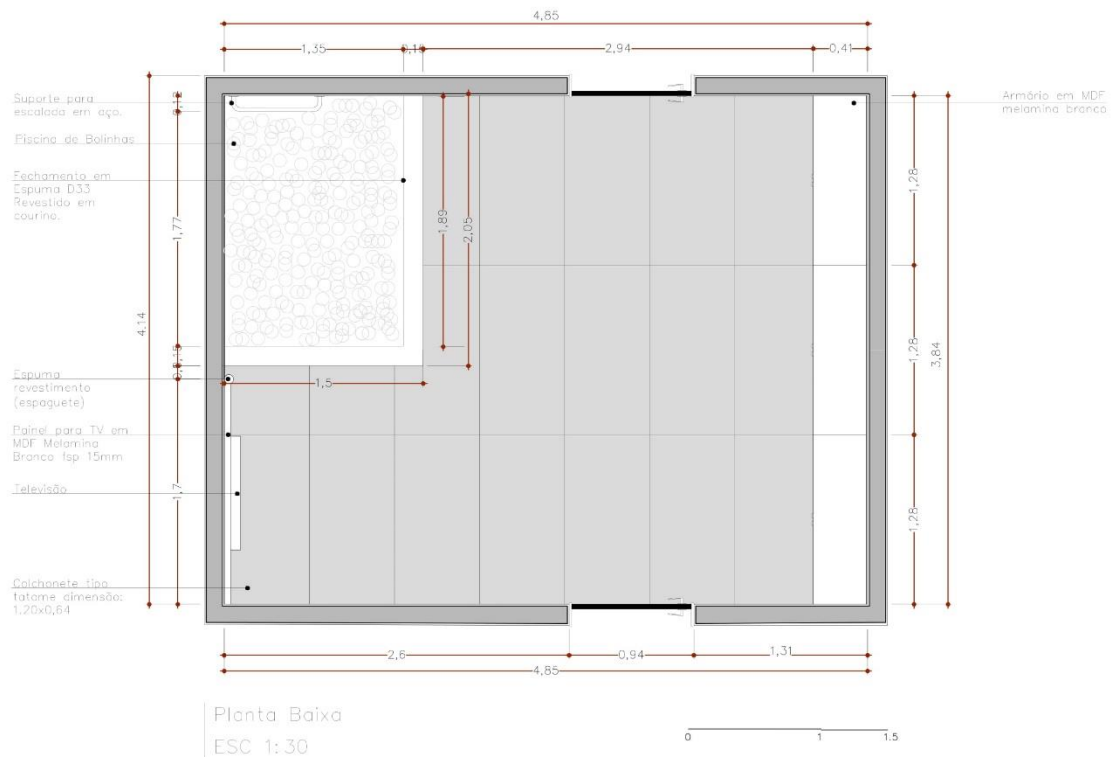


Figura 09. Planta Baixa

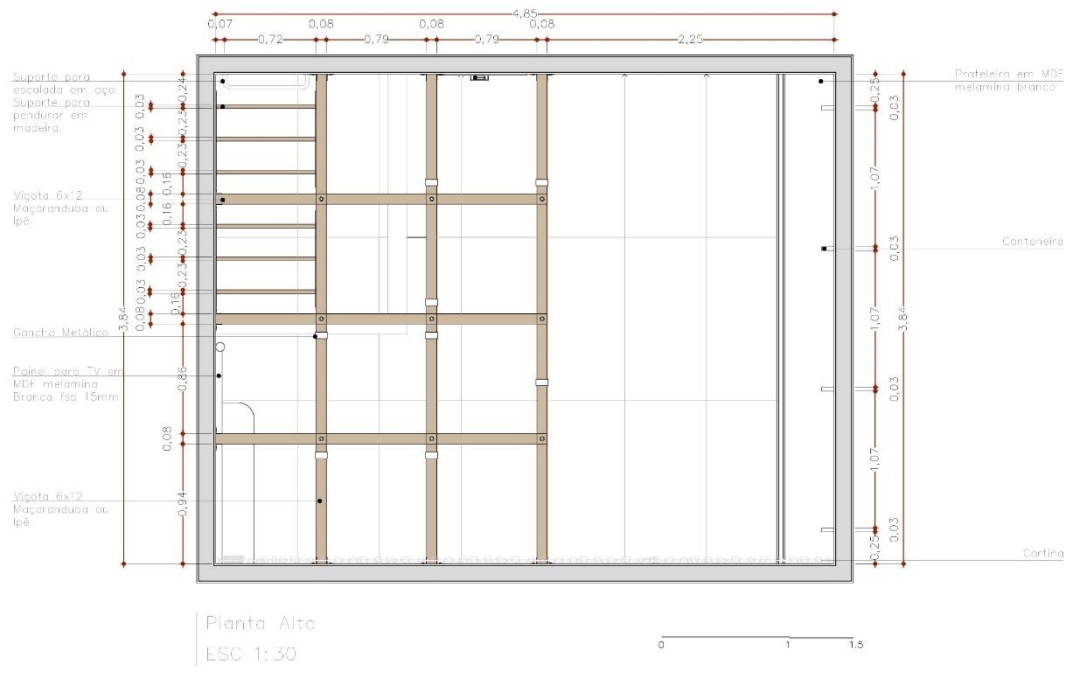


Figura 10. Planta Alta

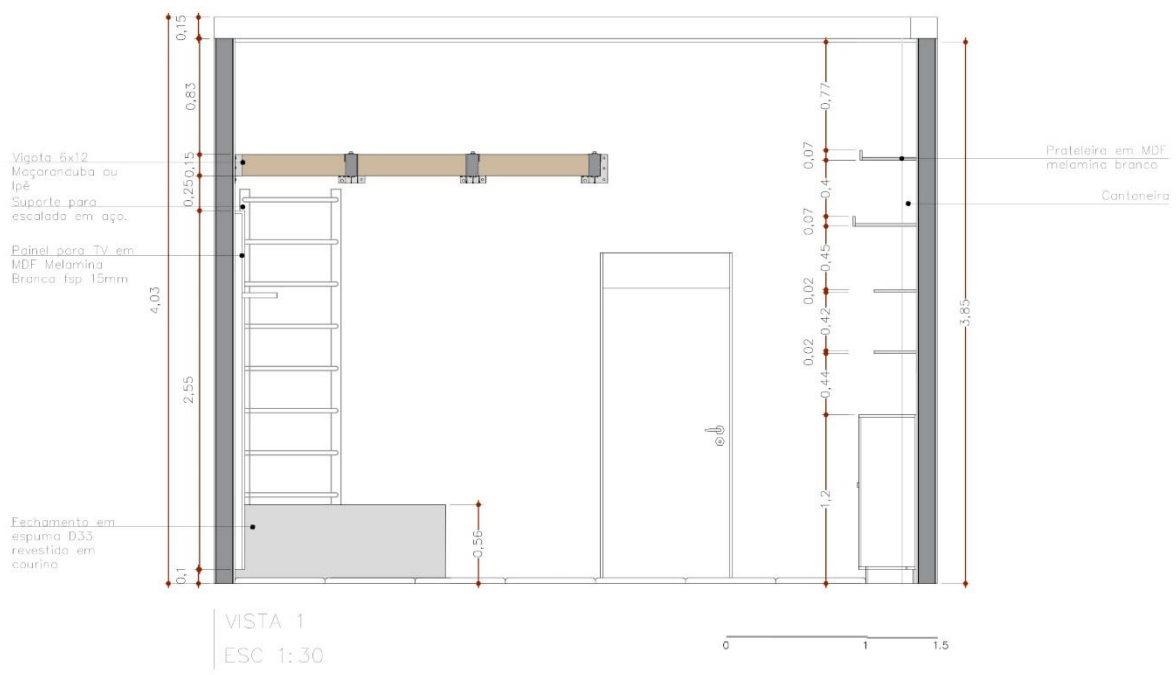


Figura 11. Vista 1

Armário – em MDF melamina Branca

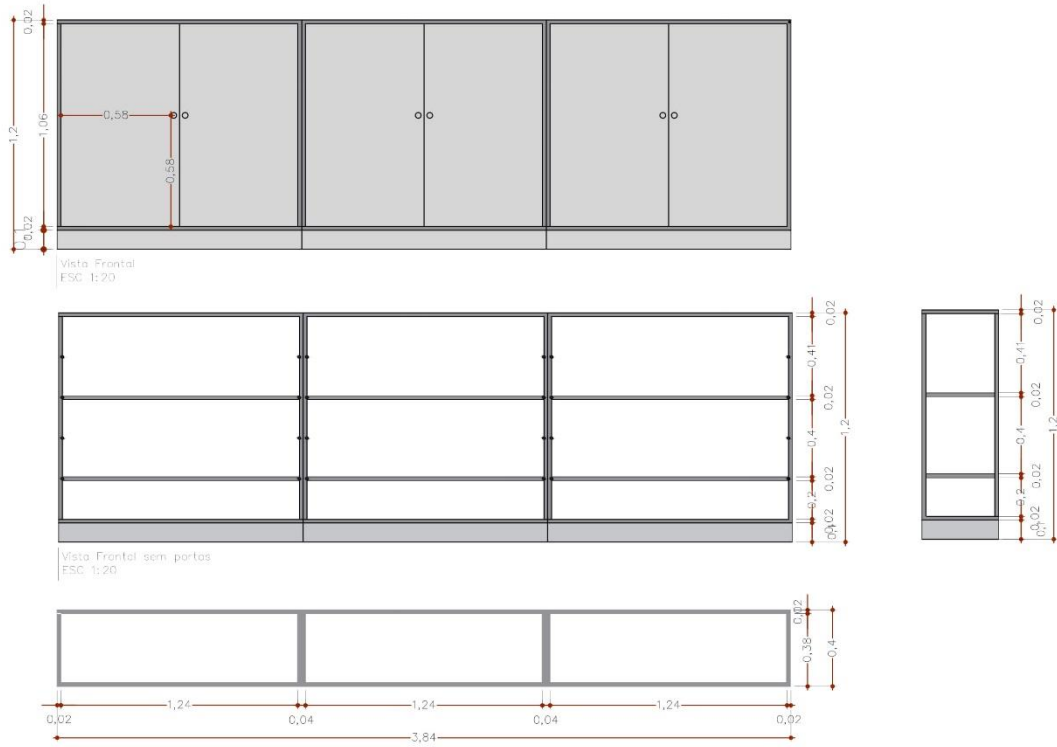


Figura 13. Detalhamento do armário

Suporte para Escalada – em madeira e aço

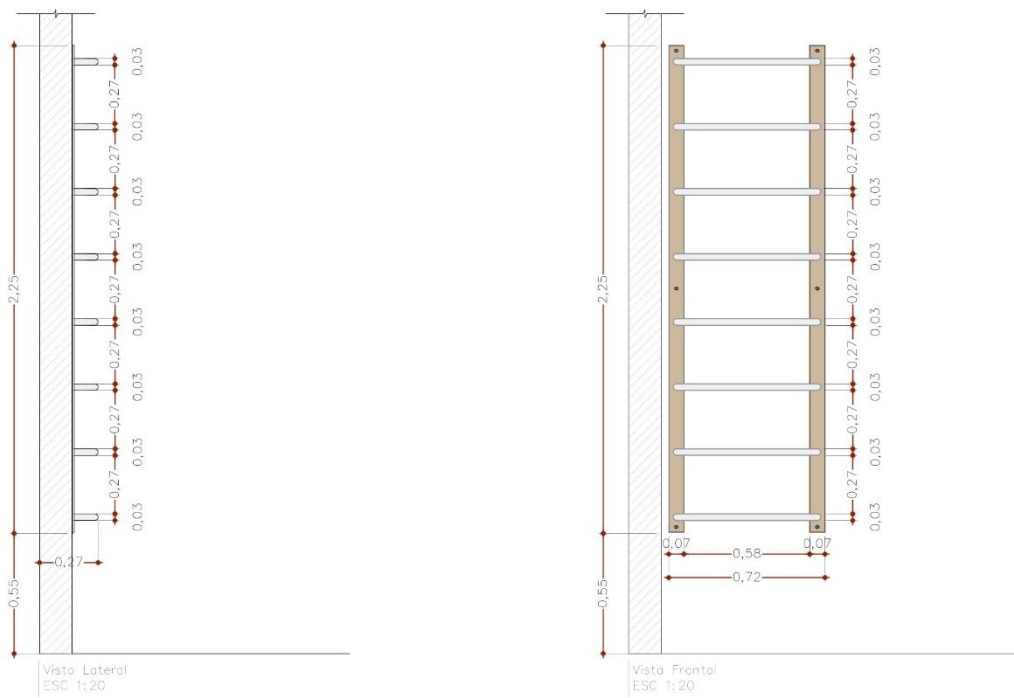


Figura 14. Detalhamento do suporte para escada

3.2.6 Apresentação do Projeto aos Responsáveis do Adolescentro

Após as etapas de desenvolvimento de projeto concluídas foi desenvolvido um caderno contendo todos os estudos volumétricos e plantas de detalhamento para apresentar o que seria transformado na sala. Com isso foi obtido a aprovação, satisfatoriamente, dos responsáveis.

3.2.5 Orçamentos e Mão de Obra

Foi realizado um levantamento estimado em conjunto com toda a equipe para a confecção/obra civil da sala sensorial. O orçamento ficou estimado em R\$ 5.000,00, valor este que incluiria a aquisição dos materiais e mão de obra especializada. Os recursos seriam disponibilizados por meio de “caixinha” do próprio Adolescentro, auxílio do CEUB/PIBIT – 1.500,00 e doações gerais.

Foram realizadas parcerias com alguns estabelecimentos a nível de descontos na aquisição de material e, também, com o mestre de obra que se dispôs a doar 2 dias de trabalho para confecção da sala. Um ex-aluno recém-formado em arquitetura se disponibilizou em auxiliar no acompanhamento e na confecção do pergolado de madeira e alguns equipamentos, tais como o balanço de madeira, escada de corda e balanço de pneu. Com isto, foi possível economizar bons valores uma vez que os equipamentos, se comprados diretamente dos fornecedores, teriam custos dupla ou triplamente mais elevados.

3.2.6 Execução

A execução da sala foi feita em parte, como o recurso não possibilitava a compra de todos os materiais foi necessário optar por iniciar com aquilo que era primordial, as vigotas de madeira que dão apoio e sustentação aos balanços e as prateleiras. Além disso, foram executados alguns balanços, usando materiais de baixo preço como MDF, cordas e um pneu. A sala também recebeu a nova abertura de porta que facilita o acesso e torna-o mais rápido. Os recursos para executar os outros aparelhos e móveis estão sendo arrecadados por meio da “vakinha” na internet, forma de doação disponível no meio virtual. A soma de todos os gastos dá o total de R\$ 9.380,29 reais, dinheiro este que tende a ser arrecadado por meio de ações voluntárias e doações pessoais ao centro médico.



Figura 15. Abertura de vão para porta



Figura 16. Professor Chico Júnior e Lídia do Adolescentro



Figura 17. Instalação da nova porta



Figura 18. Abertura de vão para porta



Figura 19. Acabamentos da porta

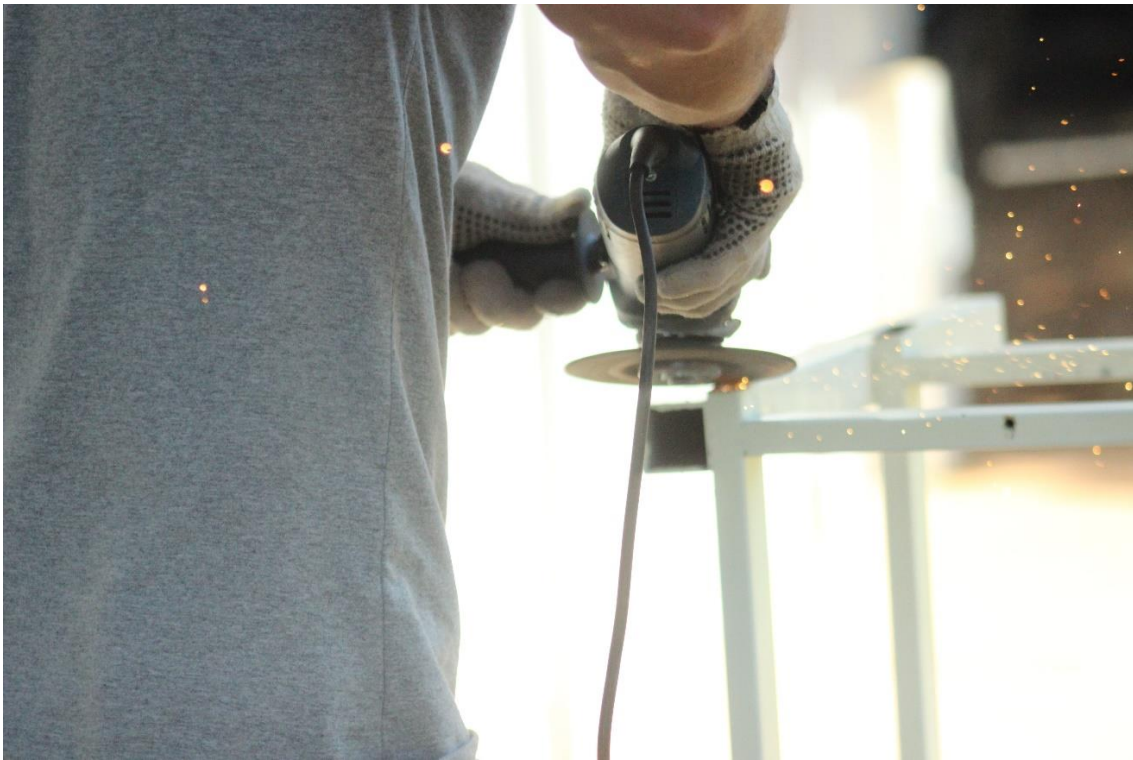


Figura 20. Execução das prateleiras



Figura 21. Vigotas de Madeira



Figura 22. Vigotas de Madeira



Figura 23. Execução das prateleiras



Figura 24. Execução das prateleiras



Figura 25. Teste de resistência



Figura 26. Detalhe da amarração das cordas



Figura 27. Balanços instalados



Figura 28. Detalhe da amarração das cordas



Figura 29. Teste de Resistência



Figura 30. Balanços Instalados



Figura 31. Detalhe da bancada reaproveitada



Figura 32. Equipe, Sala sensorial finalizada



Figura 33. Sala Sensorial Finalizada

4 Resultados e Discussões

O projeto Curativo Espacial mostrou que através de ações diretas para requalificar os espaços destinados a atividades específicas, como a sala sensorial, pode-se obter uma melhora na saúde, educação e vivência dos pacientes que convivem com os transtornos psiquiátricos. A requalificação do espaço apresenta uma realidade concreta de mudança na sociedade, trazendo uma melhor qualidade de vida aos pacientes. Os valores de ética e cidadania são postos em prática e ajudam a promover assistência básica a saúde e promove estudos acerca da produção da sala.

5 Considerações Finais

Conclui-se que a Sala Sensorial transforma e melhora a qualidade física e mental dos pacientes e promove a iniciativa de mudança a partir de ações desvinculadas unicamente ao serviço público. Transformar a vida das pessoas por meio do projeto torna-se uma grande satisfação a todos os envolvidos.

6 Referências

Disponível em:

<https://drauziovarella.com.br/doencas-e-sintomas/autismo/>

Acesso: 20.08.2017

Disponível em:

<http://www.ama.org.br/site/images/home/Downloads/Cartilha8aedio.pdf>

Acesso: 18.08.2017

Guia minha saúde especial: autismo – 5ª edição – São Paulo: Online, 2016 p.10.