

FELIPE DIAS MOREIRA

**LAGES
2017**

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACVEST
CURSO DE ARQUITETURA E URBANISMO
FELIPE DIAS MOREIRA

**A ARQUITETURA COMO UM GESTO MÉDICO: HUMANIZAÇÃO
DO EDIFÍCIO HOSPITALAR ATRAVÉS DE UMA UNIDADE DE
PRONTO ATENDIMENTO**

LAGES

2017

FELIPE DIAS MOREIRA

**A ARQUITETURA COMO UM GESTO MÉDICO: HUMANIZAÇÃO
DO EDIFÍCIO HOSPITALAR ATRAVÉS DE UMA UNIDADE DE
PRONTO ATENDIMENTO**

Monografia do Curso de
Arquitetura e Urbanismo
apresentada ao Centro
Universitário UNIFACVEST,
como parte dos requisitos
para a obtenção de título de
Bacharel e Arquitetura e
Urbanismo.

Orientadora: Prof^a. Taís
Trevisan

Coorientadora: Ma. Lilian
Louise Fabre Santos

LAGES

2017

FELIPE DIAS MOREIRA

**A ARQUITETURA COMO UM GESTO MÉDICO: HUMANIZAÇÃO
DO EDIFÍCIO HOSPITALAR ATRAVÉS DE UMA UNIDADE DE
PRONTO ATENDIMENTO**

Lages, SC ____/____/2017. Nota _____

**Profa. Ma. Taís Trevisan
Coordenadora do curso
de Arquitetura e Urbanismo**

Profa. Ma. Taís Trevisan, Orientadora

Profª Ma. Lilian Louise Fabre Santos, Coorientadora

Profª Ma. Grazielle Schemes Oliveira, Membro da Banca

LAGES

2017

**“ACREDITO QUE AS COISAS PODEM SER FEITAS DE OUTRA
MANEIRA, QUE A ARQUITETURA PODE MUDAR A VIDA DAS
PESSOAS E QUE VALE A PENA TENTAR”**

ZAHA HADID

AGRADECIMENTOS

Primeiramente queria agradecer a Deus que me trouxe nos braços até aqui e que me proporcionou forças para seguir em frente em todos os momentos, de maneira a não me deixar recair em meios as dificuldades e por me proporcionar uma vida ao qual sou muito grato.

Aos meus pais que me acompanham em todas jornadas e que me proporcionou desta vez a oportunidade de cursar Arquitetura e Urbanismo. Os mesmos merecem minha admiração eterna, pois apesar da distância durante a execução deste trabalho de conclusão de curso, sempre foram fontes de inspiração, dedicação, apoio e amor. Sendo meus exemplos de vida, pessoa e caráter ao qual devo muitas das coisas boas que carrego comigo.

Ao meu irmão que sempre foi um parceiro, que direta e indiretamente abriu mão de muitas coisas para que eu pudesse alcançar esse objetivo e estar trilhando este caminho que eu sempre almejei.

Meus agradecimentos aos meus familiares, amigos, companheiros de trabalhos e irmãos na amizade que fizeram parte da minha formação e que vão continuar presentes em minha vida. Meus agradecimentos ao Fernando, pelo amor, paciência e cuidado. Você me faz feliz.

A minha orientadora Lilian Fabre, pela compreensão, confiança, paciência e pela opção de ter me orientado em meio a sua rotina.

Aos amigos de faculdade, principalmente Brunna Casa, Bianca Maurano e Denize Silva, por compartilhar as angústias e risos em meio as madrugadas de projeto.

Todos foram essenciais na minha formação direta ou indiretamente, sendo essenciais em meus ensinamentos ao qual levarei para a minha vida.

RESUMO

Apesar na saúde em Lages ter evoluído ao longo dos anos, o município ainda se encontra na carência de uma unidade de urgência e emergência que supra as demandas de sua população. Frente a tal constatação, este TCC consiste no partido arquitetônico de uma Unidade de Pronto Atendimento que tem como proposta dentro da Política Nacional de Atenção às Urgências melhorar a organização da assistência, articulação dos serviços, e definição de fluxos e referências resolutivas dentro do contexto saúde. Desta forma a unidade irá se localizar no bairro industrial com finalidade de suprir as necessidades locais e facilitar o acesso de cidades vizinhas e acidentes ocasionados nas estradas que cortam o bairro (BR 282 e BR 116). O desenvolvimento da proposta teve base em pesquisas bibliográficas, estudos de referências indiretos, análise dos condicionantes projetais e elaboração do partido, tendo sua unidade implantada num lote com 10841,72 m². Seu programa de necessidades obedeceu ao padrão do Ministério da Saúde para uma Unidade de Pronto Atendimento Porte II por conta da população de Lages que segundo o Censo em 2016 se encontra com 158.620 mil habitantes. A concepção do partido arquitetônico foi conduzida pela prioridade em estabelecer a acessibilidade plena na instituição e integração entre a unidade e a comunidade com finalidade de quebrar estereótipos moldados sob arquiteturas hospitalares e proporcionar a humanização dentro da Unidade de Pronto Atendimento.

Palavras-Chave: Unidade de Pronto Atendimento. Acessibilidade. Humanização. Partido Arquitetônico.

LISTA DE SIGLAS

PNAU - Política Nacional de Atenção as Urgências

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

UBS- Unidade Básica de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

MS – Ministério da Saúde

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUMÁRIO

RESUMO	7
LISTA DE SIGLAS	8
SUMÁRIO	9
INTRODUÇÃO	11
OBJETIVO GERAL E ESPECÍFICO	13
CAPITULO I: ARQUITETURA HOSPITALAR	14
OS HOSPITAIS NO CONTEXTO HISTÓRICO MODERNO	17
MOVIMENTO HOSPITALAR NO PERÍODO MODERNO: REDE SARAH	21
HUMANIZAÇÃO NA ARQUITETURA HOSPITALAR	22
ILUMINAÇÃO	24
A COR	24
A COR E O ESPAÇO	24
A HARMONIA DE CORES EVITA O CANSAÇO DA RETINA	25
CONFORTO HIGROTÉRMICO	25
CAPITULO II : SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	27
SUS – PRINCÍPIOS.....	29
POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA.....	31
POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS (PNAU) E UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO.....	33
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	35
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO	35
HOSPITAL.....	38
HUMANIZA SUS	38
CAPITULO III: REFERÊNCIAS PROJETAIS E ANÁLISES	40
ANÁLISE ARQUITETÔNICA – UNIDADE PADRÃO UPA 24H	41
FATORES ESTÉTICOS	41
DEMANDA DE UM TERRENO AMPLO	42
VEGETAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE CONFORTO	42
SUSTENTABILIDADE	44
PADRONIZAÇÃO	44
NORMATIZAÇÃO EM SAÚDE	44
REFERÊNCIAS PROJETAIS.....	46

HOSPITAL INFANTIL LADY CILENTO, AUSTRÁLIA	46
HOSPITAL INFANTIL NEMOURS	50
HOSPITAL SARAH KUBITSCHER SALVADOR	55
CAPITULO VI: PARTIDO ARQUITETÔNICO	58
PROPOSTA	59
ESCOLHA DA LOCALIZAÇÃO.....	59
LOCALIZAÇÃO, ACESSO E ENTORNO DO TERRENO	60
CARACTERIZAÇÃO DO LOTE	62
ANÁLISE BIOCLIMÁTICA E ORIENTAÇÃO QUANTO AO SOL E AOS VENTOS	62
CONDICIONANTES LEGAIS	63
PLANO DIRETOR DE LAGES	63
PROGRAMA DE NECESSIDADES E PRÉ-DIMENSIONAMENTO	64
SETORIZAÇÃO.....	70
PARTIDO ARQUITETÔNICO	70
HUMANIZAÇÃO FUNCIONAL EM DOIS BLOCOS CONECTADOS.....	72
MARCAÇÃO DA ENTRADA.....	73
SUSTENTABILIDADE	74
PROGRAMA DE NECESSIDADES DIFERENCIADO	74
ACESSOS E ESTACIONAMENTOS	75
ORIENTAÇÃO SOLAR.....	75
CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78

INTRODUÇÃO

Os estudos acadêmicos sobre o tema de equipamentos de saúde pública despertaram noção da grande responsabilidade do arquiteto e urbanista na melhoria da qualidade de vida dos cidadãos locais. Em contrapartida, a experiência pessoal de acompanhar algumas obras na rede pública de saúde¹ mostrou uma realidade de descaso quanto a oferta e a prática dentro da rede SUS, ao qual usuários e ambientes são projetados totalmente por profissionais desqualificados e sem conhecimento na área hospitalar, ofertando ao município unidades que demandam altos índices econômicos e péssima humanização seja em termos de qualidade térmica, acústica, luminotécnica ou de ventilação.

Partindo desse entendimento, o tema proposto para este Trabalho de Conclusão de Curso de Arquitetura e Urbanismo, que contempla as áreas da Arquitetura Hospitalar, é o desenvolvimento do partido arquitetônico de uma Unidade de Pronto Atendimento destinado à humanização e a integração da arquitetura aliado a logística hospitalar, tendo como meta maior contribuição para a inclusão social e melhor qualidade de vida.

Este quadro acabou despertando uma necessidade de avaliar o quão a arquitetura pode ser aliada ao gesto médico e a humanização do edifício hospitalar através de concepções históricas, técnicas e de referências projetais que integrem e proporcionem uma melhor contribuição quando a oferta de saúde, qualidade de vida e melhores condições em edificações que ofertem a saúde.

Dentro desta realidade, surgem as Unidades de Pronto Atendimento como estratégia da Política Nacional de Atenção às Urgências para melhor organização da assistência, articulação dos serviços, e definição de fluxos e referências resolutivas, adentrando no contexto de saúde pública verificamos que o Governo o Ministério da Saúde vem se diversificando com suas tipologias de equipamentos para atendimento através da especialização das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), as quais vêm proporcionando inovações dentro da

¹ Obras acompanhadas: Hospital Tereza Ramos, Lages – SC / Unidade de Tratamento Oncológico - Animi, Lages – SC – Estagiário de Arquitetura e Urbanismo (março de 2016).

atenção da saúde pública acarretando em benefício que visa garantir a igualdade dos cidadãos - principalmente os mais desprivados – em termos de acessibilidade, educação e promoção de saúde. Apesar deste entendimento à nível nacional município de Lages e região se encontra desprovido de uma Unidade de Pronto Atendimento que supra suas necessidades de urgências e emergências, com objetivo de diminuir as filas dos prontos socorros e hospitais, oferecendo uma estrutura arquitetônica inovadora e de qualidade aos seus usuários.

Segundo reportagens nos jornais locais² os atendimentos de urgências e emergências em Lages foram interrompidos por conta da falta de leitos e grande demanda, demonstrando a ausência de unidades hospitalares aptas no município e a necessidade de uma Unidade de Pronto Atendimento no município.

Diante da necessidade de atender a população em ofertas de urgência e emergência aliado a casos de atenção básica, este trabalho pretende propor um o partido arquitetônico de uma Unidade de Pronto Atendimento que possibilite boas condições de conforto, acessibilidade e atendimento. Tudo isto com questões de inovar a UPA com espaços contemporâneos de saúde que apontem para um novo desenho, baseado na relação mais humana com o usuário e todos os envolvidos em seu cuidado, através de uma concepção arquitetônica que resgate uma carga afetiva do paciente e da equipe hospitalar, ultrapassando a composição técnica, simples e formal dos ambientes. Com os seguintes objetivos específicos definidos:

- Práticas e condições na prestação dos serviços de saúde, assim como em diferentes níveis do sistema, ocasionando numa construção coletiva;
- Integração com a natureza e a arquitetura sustentável;
- Composição arquitetônica que integre estética e funcionalidade;
- Inserção de espaços coletivo;
- Exploração de ventilação e iluminação naturais dentro das Unidade de Pronto Atendimento.

² Jornal Correio Lageano, em 19 de maio de 2017

OBJETIVO GERAL

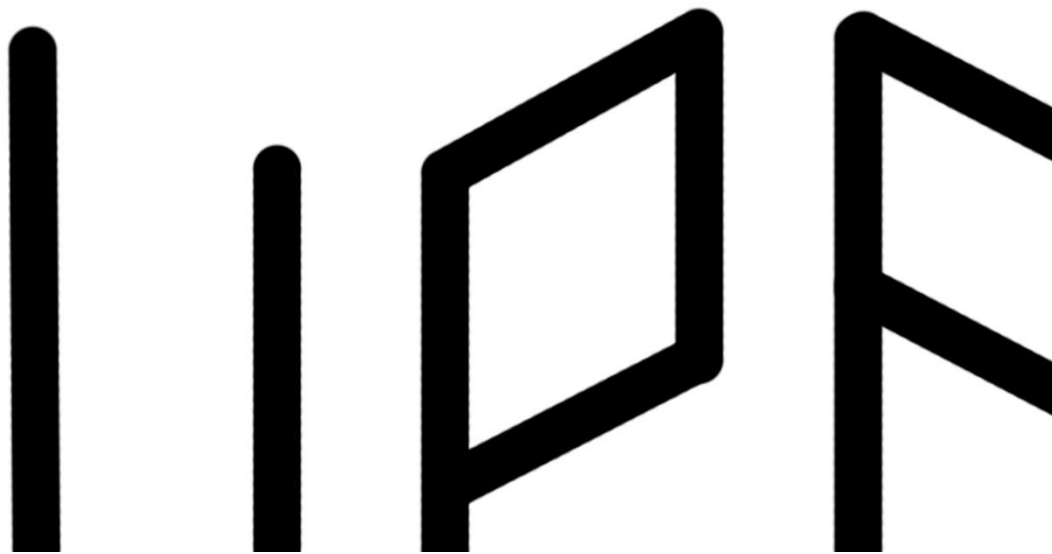
Desenvolver o partido geral de uma unidade de pronto atendimento no município de Lages. Proporcionando à população uma Unidade de Pronto Atendimento que supra suas necessidades emergenciais e urgências, diminuindo as filas nos prontos-socorros e hospitais. Oferecendo uma estrutura inovadora e qualificada para seus usuários.

OBJETIVO ESPECÍFICO

Projetar uma Unidade de Pronto Atendimento que proporcione uma concepção arquitetônica humanizada, colaborando tanto com o processo terapêutico do paciente, quanto com a qualidade dos serviços de saúde prestado pelos profissionais envolvidos. Ultrapassando a composição técnica, simples e formal encontradas em ambientes hospitalares.

CAPITULO I:

ARQUITETURA HOSPITALAR



Com o passar dos anos, hospitais são cada vez mais determinados através de suas funcionalidades seguindo padrões políticos na sociedade e também sob base em descobertas na área da saúde. Sendo estas transformações arquitetônicas e funcionais um reflexo dos avanços tecnológicos e da evolução dos pensamentos da sociedade.

A partir de um retrospecto da história da medicina percebemos que, Na Grécia antiga, devido a médico Hipócrates, foi possível o fornecimento de uma base racional e científica a medicina. Porém, a racionalidade grega era aliada ao misticismo e a superstição. Sua concepção de doença era construída de forma holística, devendo, portanto, o tratamento ser prestado ao corpo e a mente. Nesta época obtinha-se uma grande atenção ao conforto dos pacientes, onde eram atendidos em templos localizados juntos as águas térmicas, proporcionando aos mesmos, belas paisagens externas. (MACEACHERN, 1951).

FIGURA 1 - DE ACORDO COM A LENDA, O PRIMEIRO HOSPITAL-TEMPLO, ASCLÉPIO, SURTIU EM EPIDAURO NA GRÉCIA COMO UM SANTUÁRIO DE CURA, ONDE O PACIENTE PASSAVA A NOITE E ERA VISITADO POR DEUS, EM SONHO. CABIA AOS SACERDOTES INTERPRETAR O SONHO E PRESCREVER O TRATAMENTO (CHARITONIDOU, 1978, JAVITT, 1990; SOURNIA, 1995 APUD GRAÇA, 1996)



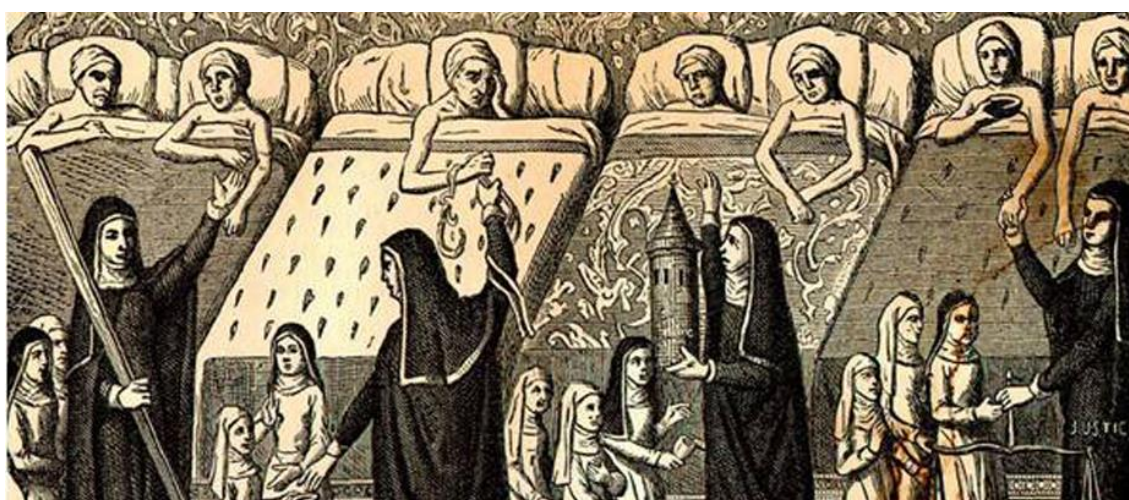
FONTE: JACKSON MARTINS BLOG, 2017

Já no Império Romano, foi criado um espaço focado ao tratamento dos soldados doentes, as mesmas foram denominadas de valetudinário e se situavam dentro

das fortificações romanas. Possuía uma tipologia adequada correlacionado a iluminação e ventilação natural de espaços internos e eram constituídas de elementos articulados em torno de um pátio central que estabelecia todos os quartos o contato com o exterior (MIQUELIN, 1992).

Durante a idade média, o hospital era associado como uma edificação que resgatava a morte. Pois sua função da época era confinar pessoas doentes, visando mais proteção aos cidadãos que estivessem fora dos hospitais do que prestado um serviço de atendimento em si, não possuindo nenhuma esperança de recuperação sob os internados (MIQUELIN, 1992). Por esse fato, neste período não se havia uma preocupação com relação ao conforto e bem-estar dos pacientes. Então os hospitais eram projetados repetindo as estruturas góticas das catedrais através de largas paredes que se assemelhavam-se a fortificações e as prisões. As enfermarias eram caracterizadas por ambientes insalubres que por muitas vezes eram desprovidos de iluminação natural. Como a circulação de ar era denominado como algo contaminante e veiculador, as janelas eram projetadas com pequenas dimensões, deixando o ambiente escuro. Estes locais eram caracterizados não como ambientes de cura, mas sim um local destinado a depositar pessoas doentes que não possuam perspectiva de tratamento sendo assim denominados de Salle de Mourir (COSTI, 2002).

FIGURA 2 - ORDEM RELIGIOSA DA IDADE MÉDIA CUIDANDO DE DOENTES DOIS POR CAMA COMO ERA HABITO NA ÉPOCA



FONTE: JACKSON MARTINS BLOG, 2017

Dentro destes ambientes eram colocados entre os leitos cortinas pesadas com objetivo de privacidade, porém pelas péssimas condições de higiene encontrada nestes locais as tornavam focos de infecções além de prejudicarem na iluminação e ventilação natural. O conforto térmico nestes ambientes em temperaturas mais baixas ficava por reponsabilidade de fornos a carvão e lareiras aos quais afetavam ainda mais a qualidade interna do ar (MACEACHERN, 951).

As plantas dos edifícios tanto no período gótico, como no renascentista eram determinadas pelas técnicas construtivas disponíveis na época e também sob a concepção do espaço interno (consequentemente das plantas), tendo princípios relacionados com as questões conceituais e de escala humana.

No período gótico, a estrutura de maior destaque se dá pelas catedrais, que acabaram sendo utilizadas também nas tipologias dos hospitais. As esquadrias eram altas e estreitas, aos quais eram desproporcionais e pequenas com relação à grande dimensão de espaço e as espessuras das paredes, o que por diversas vezes acabavam limitando que a iluminação natural atingisse com totalidade o ambiente. (COSTI, 2002).

Já as construções renascentistas por sua vez possuem formas mais complexas, aos quais possuem como base duas formas básicas, sendo eles o elemento cruciforme e o pátio interno rodeado por galerias e corredores (MIQUELIN, 1992). Este tipo de estruturação permitia uma melhor iluminação e ventilação nos ambientes. Entretanto, este propósito não foi bem aceito devido à grande dimensão que era necessário em sua execução.

OS HOSPITAIS NO CONTEXTO HISTÓRICO MODERNO

A partir da revolução industrial, obtém-se uma nova visão diante do homem e da natureza foram altamente necessários diante de sua contribuição em prol da melhoria das condições sanitárias que foram intensificadas ao longo dos séculos. Porém somente no Século XVIII por volta de 1780, quando a doença passa a ser reconhecida de fato como patológico que os hospitais se tornaram arquiteturas voltadas ao destino de curar. (FOUCAULT, 1989).

“O hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, que data do final do século XVIII. A consciência de que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado a curar aparece claramente em torno de 1780 e é assinalada por uma nova prática: a visita e a observação sistemática e comparada dos hospitais” (Foucault, 1989, p.99).

Com a superlotação associada a má ventilação em edifícios hospitalares, estes espaços acabaram se tornando alvos de críticas no século XVIII, ficando esclarecido que estes locais necessitavam de uma revisão em seus conceitos arquitetônicos. A partir desta posição, brota-se a obrigação de anular os julgamentos negativos acumulados dentro destas unidades, onde através desta necessidade entende-se o papel fundamental da arquitetura em prol de um ambiente, principalmente quando associado a saúde e a cura. A partir de então as edificações hospitalares passaram a ser organizadas quanto a especialização de suas áreas internas, baseadas numa estruturação em atividades de cuidados em prol do paciente. (SILVA, 2001).

Passando-se alguns anos a temática voltou à tona quando questionada na Inglaterra pela enfermeira Florence Nightingale referente a salubridade dos edifícios. A mesma acreditava que os principais defeitos dos hospitais se davam pela falta de ventilação e iluminação adequada, sem contar as superlotações, os quais na época foram solucionadas em sua enfermaria. Nightingale foi pioneira em humanização de hospitais, transformando-o em uma verdadeira instituição voltada aos doentes.

A readequação do edifício hospitalar proposta por Florence era composto por um longo salão longo e estreito com leitos dispostos perpendicularmente em relação às paredes perimetrais dotados de banheiros e cozinhas bem ventilados em suas extremidades. A enfermeira também reduziu o pé-direito das salas, pois desta forma conseguia-se obter um maior controle de temperatura dentro dos ambientes. Projetou também dentro destas enfermarias janelas em ambos os lados, proporcionando uma ventilação cruzada e iluminação natural. Nightingale foi pioneira em projetos hospitalares militares ingleses e possuía prestígio na Europa. Sua concepção quanto a ventilação e iluminação natural acabou sendo adaptada aos edifícios existentes e se propagando em unidades hospitalares europeias (COSTI, 2002)

FIGURA 3- HOSPITAL LARIBOSIÈRE – PARIS COM MODELO PAVILHONAR



FONTE: POSTCARD

Tendo o modelo pavilhonar-nightingale mantido nas arquiteturas hospitalares e o avanço nos processos de tratamento, os estabelecimentos referentes a saúde acabam ganhando a confiança da população e consequentemente acabam expandindo, crescendo significativamente o número de hospitais no mundo. Com esta expansão quando as edificações, o modelo pavilhonar vai entrando em desuso sendo substituído por edifícios verticais, por consequência do alto valor do solo urbano, a escassez de mão de obra na área de enfermagem que acabou sendo solucionado pela compatibilização destes edifícios referente a diminuição dos percursos para manter o atendimento. O avanço tecnológico também foi um dos causadores, onde com a estrutura metálica inserida na construção civil, acabou-se facilitando a construção vertical; e o surgimento dos elevadores como corredores verticais que consolidaram os grandes edifícios. (MIQUELIN, 1992).

Outro aspecto que levou o desuso do modelo pavilhonar se dá pelo avanço dos progressos terapêuticos que reduziram a permanência dos usuários juntos as unidades hospitalares, trazendo também como consequência uma despreocupação quanto a humanização destes ambientes. Um aspecto que infelizmente é encontrada em hospital que possuem configurações

arquitetônicas e de interiores impessoais, tratando o ambiente hospitalar como uma edificação somente de cura e não como uma edificação que também proporciona a esperança e principalmente que cuidam e armazenam vidas.

“Muitos administradores e mesmo médicos passam, então, a ser mais tolerantes com a diminuição da qualidade de alguns aspectos das condições ambientais – presença de jardins, iluminação e ventilação naturais, por exemplo. ”
(MIQUELIN, 1992, p. 53)

Os estudos e preocupações com relação as unidades hospitalares são recentes, sendo que somente a partir de 1950 foram desenvolvidos estudos relativos à iluminação natural em hospitais, passando-se a utilizar deste recurso em prol da redução de contaminação do ambiente. (COSTI, 2002).

No século XX houve uma crescente multiplicação e especialização dos componentes de seu programa e diferenciação de seus fluxos. O edifício hospitalar passa então a ser organizado segundo a especialização de áreas internas, baseada em atividades de cuidados aos pacientes e seus diversos apoios. Também houveram notáveis transformações no corpo hospitalar, principalmente nas áreas de apoio ao diagnóstico e infraestrutura predial, devido à crescente incorporação tecnológica. Surge então um partido de tipologia mista, buscando eliminar os problemas existentes nos hospitais pavilhonares e no monobloco vertical.

No final do século XX e início do século XXI o foco da atenção médica passou a ser o usuário, havendo assim uma incorporação de práticas alternativas ao tratamento, que passou a ser menos invasivo. Já a arquitetura hospitalar passou a ser também relevado como um fator de cura e mais valorizada em seu potencial, surgindo novos questionamentos a respeito da saúde, da doença, dos espaços hospitalares e da medicina. Com o intuito de garantir o direito universal à saúde e o desenvolvimento da medicina preventiva organizaram movimentos que buscaram reformas sanitárias em diversos países. No entanto, as críticas à exclusão social promovida através da medicina hospitalar não são resolvidas apenas com a ampliação da saúde preventiva. Constrói-se um consenso de que é preciso renovar os espaços hospitalares e, nesse contexto, sua humanização aparece como solução para o impasse (LUKIANCHUKI E SOUZA, 2010).

MOVIMENTO HOSPITALAR NO PERÍODO MODERNO: REDE SARAH

Criada em 1976 com o nome de Subsistema de Saúde na Área do Aparelho Locomotor, a Rede Sarah obteve seu primeiro hospital construído em 1980, em Brasília, DF. Projeto do arquiteto João Filgueiras Lima juntamente com o engenheiro Eduardo Kertész proporcionando uma arquitetura única que posteriormente foi multiplicada nas demais unidades da rede, especialmente quando se trata da organização espacial voltados a terapias baseadas na mobilidade dos pacientes e na concepção do espaço aliado à sua área externa.

Com uma alta demanda dentro das suas unidades em várias regiões do país, levou a Rede Sarah a implantar um centro próprio de tecnologia com objetivo de desenvolver sistemas construtivos que atendessem as necessidades de produção e montagem das suas edificações de modo racional. Sob a coordenação do arquiteto Lelé e de uma ampla equipe técnica, obteve-se o desenvolvimento de sistemas construtivos de pré-fabricados em argamassa armada. Auxiliando na construção de novos edifícios e ajustando os hospitais existentes a novas exigências e tecnologias.

FIGURA 4 - HOSPITAL REDE SARAH



FONTE: REDE SARAH

Com uma arquitetura categorizada como industrial, Lelé é caracterizado pela serialização de componentes construtivos, tendo sheds de ventilação e

iluminação como elementos marcantes em sua arquitetura. Outra característica importante é dada por seu sistema construtivo mais leve e modulado, que possibilita a reconfiguração de plantas ou até mesmo de volumetria. Dentro da Rede Sarah, as paredes e lajes são produzidas em argamassa-armada e as coberturas são produzidas em aço ou alumínio e os elementos lineares são fabricados a partir de perfis, chapas dobradas e barras de aço.

Apesar de utilizarem os mesmos materiais, cada unidade hospitalar da rede se origina de projeto único, ao qual são analisados o programa de necessidades e modulados a partir do mesmo, levando em conta os condicionantes do terreno, insolação e ventilação. Os hospitais então tomam forma empregando fechamentos, esquadrais, revestimento e até mesmo mobiliários produzidos pelo próprio centro de tecnologia.

HUMANIZAÇÃO NA ARQUITETURA HOSPITALAR

Como vimos, atualmente possuímos uma concepção de saúde bem mais ampla, onde envolve a ausência de enfermidade a harmonia quanto ao indivíduo e ao local que aquele indivíduo está inserido. Através desta concepção percebe-se a importância de saúde e também do “estar saudável” quando ao ambiente inserido, levando a repensar quanto a arquitetura hospitalar e sua responsabilidade com relação a cura e a garantia de um ambiente que proporcione tecnologia, unidades adequadas de tratamento e que acima de tudo consiga garantir um espaço reconfortante que auxilie no tratamento de seus usuários.

“Saúde é o estado de mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade” (Organização Mundial de Saúde Conferência de Alma Ata, 1978)

Esta revisão hospitalar quanto a humanização passa a ser visível a partir da década de 80. Nesta época surge um direcionamento de projeto arquitetônico que almeja a humanização dos espaços hospitalares. Sendo que antigamente iluminação e ventilação natural eram dispensáveis por serem consideradas contaminantes, atualmente as unidades hospitalares abordam estes recursos

como fundamentais, uma vez que o conceito de saúde passa a ter relação com aspectos sociais, psicológicos e culturais.

Com os hospitais se tornando unidades de cura com cargos de prevenções de doenças, restauração de saúde e funções educativas percebe-se ainda mais a importância psicológica de fatores climáticos e externos quanto a sua concepção, passando a assumir uma visão de local onde a vida pode não somente ser salva, mas ter sua qualidade melhorada (MIQUELIN, 1992)

Com o grande avanço da tecnologia e complexa demanda junto as suas unidades, os projetistas responsáveis por edifícios hospitalares acabam não exercendo a questão ambiental em concepção destas edificações, dando preferências a ventilação forçada do que a natural, assumindo um alto consumo de energia elétrica e postura totalmente despreocupada quanto a humanização.

Entretanto encontra-se arquitetos que surgem como exceção a toda esta realidade, dentro do cenário brasileiro destaca-se o arquiteto João Filgueiras Lima, mais conhecido como Lelé que batalha em prol de uma instituição de caráter abrangente que seja envolvida tanto na cura, quanto com os problemas sociais, econômicos e culturais do país. Nos hospitais da rede Sarah Kubitschek ao qual o arquiteto é responsável se destacam por seus modelos de arquitetura bioclimática e por soluções arquitetônicas que garantam condições térmicas e luminotécnica através de recursos como sheds e brises, tornando esta Rede Sarah um símbolo da arquitetura hospitalar no Brasil.

“Ao projetar hospitais feitos para curar, Lelé devolve ao edifício hospitalar a capacidade de contribuir para o processo da cura. Ao projetá-los com essa finalidade resgata um objetivo que surge no final no século XVIII e que não vem sendo enfatizada por boa parte da arquitetura hospitalar contemporânea.” (SANTOS, M.,; BURSZTYN, I., 2004).

Dentro do caso dos edifícios hospitalares, a arquitetura pode ser aliada a um gesto médico e um instrumento terapêutico se bem projetado com relação ao bem estar físico do paciente acompanhando os avanços da tecnologia e desenvolvendo condições de convívio mais Humana, pois segundo Corbella (2003), uma pessoa se sente confortável em um ambiente quando se sente em neutralidade com relação a ele.

Já Miquelin (1992) aborda que o desconforto ambiente não pode ser mais um agravante a estes espaços que por já possua uma caracterização em portar situações estressantes de atendimento associado a pacientes com risco de vida ou sofrimento profundo. Dentro destes parâmetros serão abordados aspectos fundamentais para o conforto dentro destes ambientes: cor, iluminação e conforto higrotérmico.

ILUMINAÇÃO

A iluminação artificial é indispensável em ambientes hospitalares, influenciando diretamente no equilíbrio fisiológico e psicológico dos usuários. Entretanto deve-se salientar a importância da iluminação natural em qualquer edifício, segundo Corbella (2003), a iluminação natural proporciona benefícios para a saúde, porque dá a sensação psicológica do tempo, tanto cronológico quanto climático, no qual se vive. Apesar na importância na luz artificial durante o período noturno, a mesma deve ser encarada como uma complementação e nunca como uma substituição do natural, ainda mais em climas tropicais ao qual é encontrado no Brasil que proporciona condições para esta finalidade.

A COR

A cor pode ser um dos parâmetros para melhorar as condições higrotérmicas de um ambiente. Como por exemplo em ambientes secos são recomendadas cores de conotação úmida – como uma paleta de verdes -, enquanto numa atmosfera mais úmida é recomendado cores mais secas – como vermelho ou laranja.

A COR E O ESPAÇO

A cor dentro de um espaço é capaz de proporcionar uma nova percepção com relação aos objetos. Um exemplo são as cores de comprimento de onda pequena – azul e verde - que aumenta o espaço, enquanto as cores de grande comprimento de onda – vermelho, amarelo e laranja – estreitam e diminuem os volumes. A cor também tem a propriedade de aumentar ou diminuir um ambiente, quando se há duas partes de um mesmo espaço com cores diferentes. No caso de cores alternadas, ao provocar um ritmo variado, transmitem movimento ao espaço. Um exemplo dentro do ambiente hospitalar é a respeito de pacientes com problemas respiratórios que se sentem mais à vontade em quartos de cores azuis, pois a cor proporciona uma sensação de maior volume de ar.

A HARMONIA DE CORES EVITA O CANSAÇO DA RETINA

Segundo Déoux e Déoux (1996) um ambiente monocromático com superfícies extensas de cor pura solicita de modo exagerado e uniforme a retina, o que provoca cansaço visual e tendência à desconcentração. Um exemplo são as batas cirúrgicas e os compôs operatórios que são mais apropriadas na cor verde porque proporciona um maior conforto visual aos cirurgiões pela complementaridade da cor vermelha do sangue, visualizada durante muito tempo e também em caso de emergência em contato com a bata o sangue não se demonstra em ênfase comparado com a cor branca. Por este caso não é recomendado a utilização da monocromia em centros cirúrgicos e uniformes hospitalares.

Outro exemplo é o teto branco que deveria ser evitado em hospitais, principalmente em áreas de circulação de macas, pois criam a sensação de afastamento e vazios aos usuários que estão sendo transportados, já que é a visão predominante do doente deitado. Estes tetos deveriam ser utilizados em cores pasteis de verde ou azul ao qual são mais tranquilizadores. Entretanto conclui-se que os efeitos das cores se difere para cada pessoa, dependendo de sua bagagem cultural, sexo e outros fatores, levando-o elaborar o estudo cromático mais adequado.

CONFORTO HIGROTÉRMICO

O conforto higrotérmico se difere a cada região, dependendo da capacidade de adaptação do indivíduo às condições climáticas onde está inserido. Este conforto está condicionado às seguintes variáveis: temperatura, umidade relativa do ar, velocidade do ar. Segundo Corbella (2003) existem algumas estratégias de projeto baseadas em alguns princípios bioclimáticos:

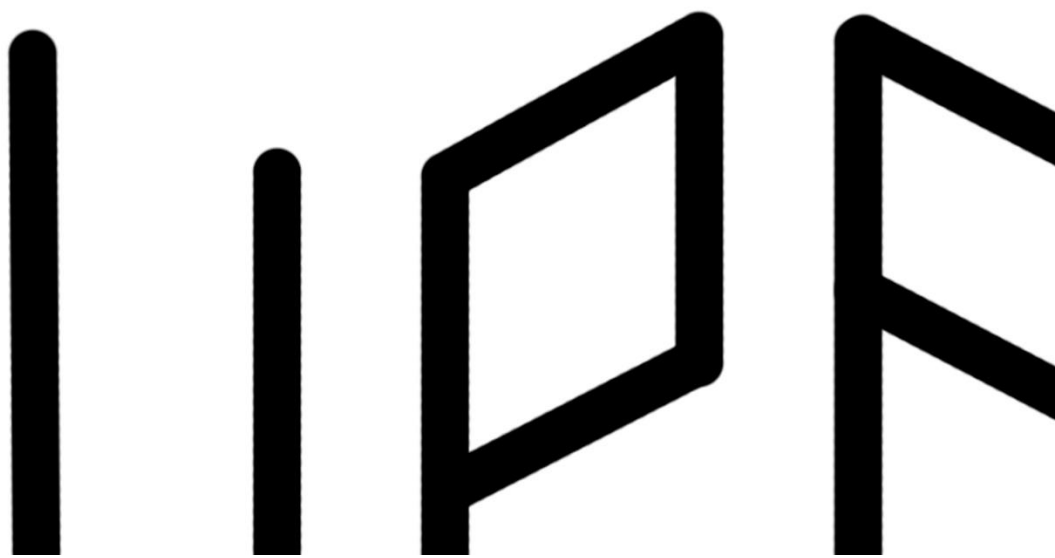
- Controlar o acúmulo de calor;
- Procurar dissipar a energia térmica do interior do edifício;
- Retirar toda umidade em excesso, promovendo o movimento do ar;
- Privilegiar o uso da iluminação natural;
- Controlar as fontes de ruído.

Entretanto existe uma dificuldade em equacionar todos estes fatores relativos as condicionantes climáticas em partidos arquitetônicos. Freire (2002) cita a Rede

Sarah como um exemplo de arquitetura hospitalar que possui um sucesso em seu controle ambiental, com a utilização da energia natural para obter o conforto.

CAPITULO II:

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)



Com base em dados fornecidos pelo Portal da Saúde - SUS, a Saúde pública seja instituída desde 1808, o Ministério da Saúde só obteve seu surgimento em 1953, quando se distendeu o então Ministério da Educação e Saúde em dois ministérios: Saúde, Educação e Cultura. Três anos após a criação do MS, em 1956 com intuito de organizar e executar os serviços de investigação e de combate às endemias existentes no país surge também o Departamento Nacional de Endemias Rurais.

Já no início de 1960, marcado pela desigualdade social e pela baixa renda per capita e a alta concentração de riquezas, ganha grandes dimensões o discurso sanitarista em torno das relações entre saúde e desenvolvimento. Eis que no ano 1961, ocorre a formulação da Política Nacional de Saúde na gestão do ministro Estácio Souto-Maior com o objetivo de redefinir a identidade do Ministério da Saúde e colocá-lo em sintonia com os avanços verificados na esfera econômico-social.

Por conta da realização da III Conferência Nacional da Saúde (CNS) realizado em 1963 pelo ministro Wilson Fadul ao qual propunha a reordenação dos serviços de assistência médico-sanitária e alinhamentos gerais para determinar uma nova separação das imputações e responsabilidades entre os níveis político-administrativos da Federação visando, sobretudo, a municipalização.

Já em 1964, após o golpe, os militares assumem o governo e Raymundo de Brito assume o cargo de ministro da saúde e reitera o propósito de incorporar ao MS a assistência médica da Previdência Social, dentro da proposta de fixar um Plano Nacional de Saúde segundo as diretrizes da III Conferência Nacional de Saúde.

Em 1967 por conta da implantação da Reforma Administrativa Federal, estabeleceu-se que o Ministério da Saúde seria o responsável pela formulação e coordenação da Política Nacional de Saúde, que até então não havia saído do papel. Tendo como áreas de competência: política nacional de saúde; atividades médicas e paramédicas; ação preventiva em geral, vigilância sanitária de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos; controle de drogas, medicamentos e alimentos e pesquisa médico-sanitária.

Após a implantação da Reforma Administrativa o ministério da Saúde foi reestruturado, destacando-se dentre elas, a globalização das Secretarias de Saúde e de Assistência Médica, constituindo desde então a Secretaria Nacional de Saúde. Neste mesmo ano, foram criadas as Coordenadorias de Saúde compreendendo cinco regiões: Amazônia, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Também foi intuído o Conselho de Prevenção Antitóxico e a Coordenadoria de Comunicação Social como órgão de assistência direta e imediata do Ministro de Estado.

Diante da Constituição de Federal de 1988 onde-se tem como determinante que o Estado deve garantir a saúde a toda a população, foi criado o Sistema Único de Saúde,

“que efetivamente represente a construção de um novo arcabouço institucional separando totalmente saúde da previdência, através de uma ampla reforma sanitária. (...). No nível federal, este novo sistema deve ser coordenado por um único Ministério, especialmente concebido para este fim. (...) A unidade de comando deve ser reproduzida nos níveis estadual e municipal” (BRASIL. VIII Conferência Nacional de Saúde. *Relatório Final*, 1986, p.384).

Entretanto, somente em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde que detalha o funcionamento do Sistema, o qual alguns princípios fundamentais ao qual são de altamente relevante destacar, uma vez que a proposta edificação está inserida dentro da instituição pública de saúde, serão descritos a seguir:

SUS – PRINCÍPIOS

O SUS apresenta alguns

Cunha (1998) classifica os princípios em doutrinários e organizativos.

“O SUS pode então ser entendido a partir da seguinte imagem, um núcleo comum (único), que concentra os princípios doutrinários [universalização, equidade e integralidade], e uma forma de organização e operacionalização, os princípios organizativos [descentralização, regionalização e hierarquização, participação popular]. Estes elementos se relacionam com as peculiaridades e determinações locais, através das formas previstas de aproximação da gerência aos cidadãos” (CUNHA, 1998, 23).

Universalidade – Atendimento Gratuito a toda população, indiferente da sua contribuição ao estado seja ativa ou inativa. Demonstrando-se que não se deve simplesmente aumentar o número de acesso ao serviço de saúde, mas sim de superar a desorganização funcional encontrada em UPA's.

Integridade – Ordem relacionada a condição integral e não parcial de compreensão humana. Ou seja: O sistema de saúde deve possuir estrutura que consiga ouvir, entender e inserir usuários em seu contexto social, e somente a partir daí, entender demanda e necessidades do mesmo.

Equidade – Dentro do contexto do sistema nacional de saúde, equidade se evidencia por tratar atendimento de determinados usuários de acordo com suas necessidades, oferecendo mais a quem mais precisa e menos a quem requer mais cuidados.

Se julgado a partir da concepção da UNICEF (1998), equidade refere-se a *“prover bens e serviços, de modo diferenciado, para atender às distintas necessidades dos vários grupos populacionais, tendo em vista a redução das desigualdades de acesso”* (FORTES, 2000, 33).

Dentro destes parâmetros a rede de saúde deve estar atenta diante das igualdades existentes, tendo como parâmetro de funcionamento, os ajustes adequados para ações que promovem necessidades específicas a cada parcela da população.

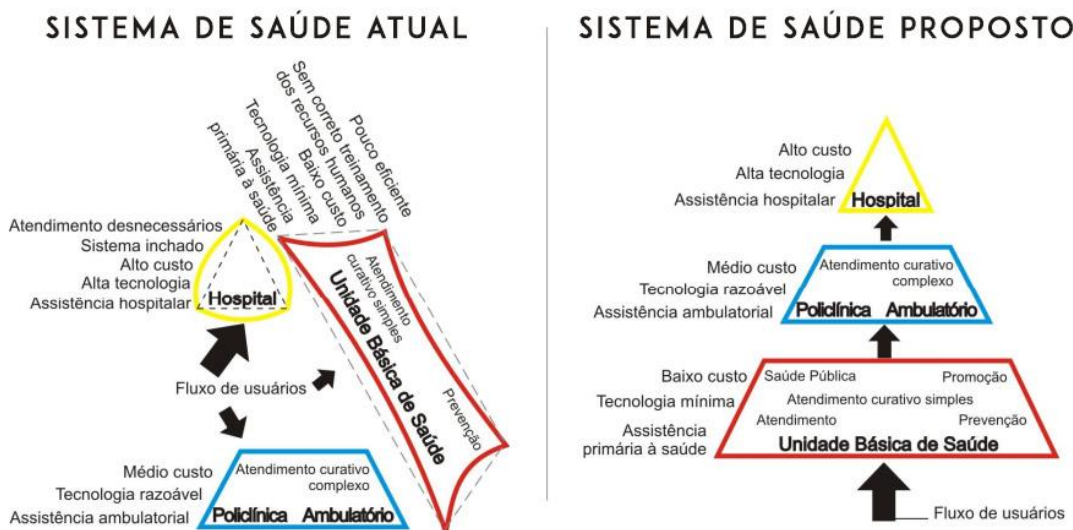
Descentralização – De acordo com este princípio, o poder e a responsabilidade sobre o setor são distribuídos entre os três níveis de governo, objetivando uma prestação de serviços com mais eficiência e qualidade e também a fiscalização e o controle por parte da sociedade. Sendo assim, cada esfera de governo é autônoma e soberana em suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

Regionalização e Hierarquização – Os serviços eles devem ser organizados em níveis de complexidade de atendimento, de maneira que os mesmos estejam qualificados a receber a população.

Para TANAKA, (p.39, s.d.), neste contexto, torna-se imprescindível, para o novo modelo assistencial, uma clara e explícita definição de porta de entrada do

Sistema que contemple a almejada integração das ações de saúde pública com as ações de assistência médica individual de caráter curativo.

FIGURA 5- ESQUEMA ILUSTRATIVO DO SISTEMA DE SAÚDE, COM A EVIDENTE DIFERENÇA ENTRE O QUE SE PROPÕE E O QUE ACONTECE NA PRÁTICA.



FONTE: MENDES, 2002

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

O documento Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ,2006, definido pelo Ministério da Saúde é orientado pelos valores da ética, do profissionalismo e da participação com intuito de revitalizar a Atenção Básica à saúde no Brasil. Só foi possível pavimentar a elaboração deste documento a partir de um processo que agregou membros da academia, profissionais da saúde, trabalhadores do SUS, usuários e entidades representativas do sistema de saúde. Após sua aprovação e publicação, afirma-se que o ano de 2006 marca-se pela maturidade referente a atenção básica em saúde no país. Este Pacto pela Vida, também estabelecido em 2006, definiu como prioridade: “consolidar e qualificar a estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006).

De acordo com o anexo dentro das Política Nacional de Atenção Básica (PNAB),

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. (...). Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

Desta forma, pode-se avaliar que a Atenção Básica tem como principais fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, possibilitando a integralidade em seus vários aspectos. Com ações programáticas que possuam relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, a valorização dos profissionais de saúde, realização avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados e a estimulação a participação popular e o controle social, desta forma, garantindo a continuidade das ações de saúde e o cuidado na rede de serviços.

Esta atenção básica tem como objetivo eliminar em âmbito nacional a desnutrição infantil e doenças como a hanseníase, além de possibilitar o controle da tuberculose, da hipertensão arterial, do diabetes mellitus e intensificar as atividades relacionadas à saúde da criança, da mulher e do idoso.

O documento ainda estabelece ainda com especificações as Estratégia de Saúde da Família que tem como objetivo a reorganização da Atenção Básica no Brasil, seguindo os preceitos do SUS (Sistema Único de Saúde).

Além dos princípios da Atenção Básica, a estratégia denominada como Saúde da Família deve possuir um caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família irão atuar, trabalhando nestas áreas realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade, desenvolvendo atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional, buscando a integração com instituições e organizações sociais tornando-se um espaço de construção de cidadania. (BRASIL, 2012).

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS (PNAU) E UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO

Com a demanda na procura dos serviços de urgências e emergências nas unidades de saúde destinadas a atender este quadro, as unidades de pronto atendimento se encontram em níveis sobrecarregados dificultando o acesso dos usuários juntos ao serviço de saúde de qualidade. Um dos motivos seria o aumento da violência urbana apontada pela Portaria nº 2.048 de 05 de novembro de 2002 da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) ao qual denomina a responsabilidade por esta sobrecarga (BRASIL, 2002a). Tendo como os serviços de urgência uma das áreas de maior complexidade dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com a insatisfação dos usuários quanto a atenção primária e a necessidades deste serviço, faz com que os fluxos de demandas das unidades de urgência se tornem porta de entrada ao sistema, fazendo com que as UPAs atendam casos mais simples aos mais complexos e que necessitem de urgência.

“A Atenção Básica à Saúde ainda não constitui a porta de entrada principal ao sistema de saúde, perdendo este papel para os ambulatorios especializados de média complexidade e para os serviços de urgência (Prontos-socorros)” (BRASIL, 2002b, p. 302).

Dentro desta realidade, estavam-se vivenciando dentro destas unidades uma mistura de demanda associada ao atendimento baseado na ordem de chegada, sem haver nenhum diagnóstico prévio com relação a gravidade dos casos,

acarretando então prejuízo a saúde dos usuários em estados mais graves. (O'DWYER, 2010).

A partir deste contexto o Governo Federal através do Ministério da Saúde, associado com as Secretarias de Saúde dos estados e municípios constituíram o sistema estadual de assistência às urgências a partir de redefinição de fluxos, intitulado como PNAU em 2003. As Unidades de Pronto Atendimento se aliaram ao SAMU dentro deste sistema, com objetivo de ampla distribuição no território nacional e por seu funcionamento 24 horas por dia tenho uma virtude dentro do PNAU por conta da baixa cobertura populacional dos serviços de urgência, tendo em vista todo território nacional, também deve-se destacar a sua importância quanto a oferta de serviço de saúde em unidades pré-hospitalares destinadas a resolver os problemas de média complexidade que se resulta na má utilização dos grandes hospitais metropolitanos. (O'DWYER, 2010).

Com relação ao PNAU, todas as UPAs implantadas em território, devem estar integradas ao SAMU, com objetivo de haver o melhoramento da atenção básica, de modo que toda a rede de atenção básica esteja apta a atender as suas demandas específicas. Potencializando a capacidade de cada unidade de saúde promovendo melhorias aos seus usuários.

O artigo da 2 da Portaria nº 1863 de 29 de setembro de 2003 intitula que a PNAU deve ser implementada em todas as unidades federadas, prevendo a assistência em saúde no âmbito de emergência que desenvolva a partir de “[...] estratégias promocionais da qualidade de vida e saúde capazes de prevenir agravos, proteger a vida, educar para a defesa da saúde e recuperar a saúde, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividade” (BRASIL, 2006, p.17).

Segundo Silva, a intenção em saúde no âmbito das urgências não se baseia apenas na recuperação dos seus usuários, mas sim na promoção da saúde implicando-nos que a saúde não se realiza apenas em ambientes médicos ou apenas em unidades básicas de saúde. As UPAs também servem e são utilizadas como portas de urgências e de entradas que garantem a promoção da saúde, tendo em vista que na realidade a maioria dos casos supridos nestas unidades são destinados a casos de atenção primária. Contrariando a política

humanizadora em saúde que almeja ser colocada em prática somente em unidades básicas de saúde.

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são responsáveis pela entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) tendo como edificações os tão conhecidos postos de saúde aos quais buscam atender e solucionar 80% dos problemas de saúde da população, sem que haja necessidade de encaminhamento para hospitais. Estas unidades prestam o serviço de atenção básica a saúde ao qual são orientados pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

O Sistema de Saúde no Brasil encontra-se estruturado em três níveis de hierarquia complementares de atenção à saúde que é classificada pela atenção básica, de média e alta complexidade. Cada um desses componentes da rede assistencial deve participar da Atenção às Urgências respeitando-se os limites de sua complexidade e capacidade de resolução de cada quadro. É, portanto, aguardado que a população que necessita de atendimento possa ser acolhida em qualquer nível de atenção e encaminhada para os demais níveis quando a complexidade de atendimento exigido ultrapasse a capacidade de assistência do serviço ao qual foi atendido.

Entretanto a ausência de articulação, no entanto, entre setores, somados ao aumento de casos de acidentes e violência urbana nos últimos anos, resultou na superlotação de emergências hospitalares e pronto-socorro, transformando esta área relacionada a emergência uma das mais problemáticas dentro do sistema de saúde.

Dentro desta realidade, surgem as Unidades de Pronto Atendimentos como estratégia da Política Nacional de Atenção às Urgências para melhor

organização da assistência, articulação dos serviços, e definição de fluxos e referências resolutivas. Esta estratégia aparece como uma iniciativa resolutiva para o problema da superlotação em emergências hospitalares. Estas Unidades supracitadas ocupam o nível intermediário de complexidades entre as Unidades Básicas de Saúde (atenção básica) e a média e alta complexidade, integrando a Rede Pré-Hospitalar Fixa.

Com sua criação em 2002, a UPA foi baseada em uma experiência de sucesso em cidades como Campinas- SP, Curitiba- PR, Belo Horizonte-MG e Rio de Janeiro-RJ. Estas unidades devem funcionar 24 horas por dia, realizando triagem classificatória de risco, prestando atendimento resolutivo aos pacientes acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados, casos de baixa complexidade. No período noturno e aos finais de semana, quando a rede básica e a Estratégia de Saúde da Família não estão ativas, desta maneira, a Unidade também é entreposto de estabilização de pacientes crítico para o Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (SAMU), e construí fluxos coerente e efetivos de referência e contra referência com outras instituições e serviços de saúde do sistema loco regional.

As Unidades de Pronto Atendimento são caracterizados como uma estrutura de complexidade intermediária. Isto significa que estão localizadas entre as unidades de saúde da família e as unidades hospitalares de atenção às Urgências e Emergências. Porém as mesmas não possuem uma estrutura física moldada, pois são distribuídas de acordo com seu porte classificado em três níveis: Porte I, Porte II e Porte III, que são definidos através do número de habitantes do município aonde será instalado. Dentro destes portes são definidos o número de médico estabelecido por plantão, os números de leito, a capacidade da sala de urgência e o número de atendimento realizado diariamente, como reza o artigo sete da Portaria nº 2.048 de 05 de novembro de 2002.

O método de atendimentos nas UPAs é através da “Triagem Classificatória” baseada no grau de gravidade do paciente, não mais obedecendo a tradicional ordem de chegada. Entretanto está triagem classificatória de risco, segundo a Portaria n. 2048/02, deve ser executada por profissional de nível superior

treinado, e respeitar protocolos de avaliação de urgência, priorizando os casos mais graves como atendimento preferencial.

FIGURA 6 - ACOLHIMENTO DE TRIAGEM CLASSIFICATÓRIA SEGUNDO A PORTARIA 2048 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE



FONTE: ELABORADO PELO AUTOR ATRAVÉS DOS DADOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017

A Portaria n. 1020, de 13 de maio de 2009, que estabelece diretrizes para a implantação do componente Pré-Hospitalar fixo, a qual define as competências e responsabilidades das UPAs, utiliza a denominação “acolhimento” em vez de “triagem”, conforme preconizado pelo sistema Humaniza Sus, que aborda triagem como uma prática de exclusão.

Dentro dos profissionais que atuam nas Unidades estão: coordenador ou gerente, médico clínico geral, médico pediatra, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, técnico de radiologia, auxiliar de serviços gerais, auxiliar administrativo e, quando houver laboratório na unidade, também deverão contar com bioquímico, técnico de laboratório e auxiliar de laboratório.

Dentro do quadro do sistema de saúde, as UPAs assim como o SAMU são de fácil acesso por grande parte da população, de maneira que atende suas necessidades. As UPAs por sua vez são objetos espaciais, que uma vez territorializadas, torna-se num serviço público de saúde real para uma grande demanda de usuários, sendo atualmente uma nova alternativa para o sistema público de saúde, e também por estarem diretamente ligadas às unidades hospitalares, como os Hospitais Metropolitanos (HM), redefinindo fluxos e assim controlando uma parte da demanda.

HOSPITAL

Hospitais são unidades que prestam suportes a casos de alta complexidade e emergências, sejam eles encaminhados pelas UBS's, UPAs ou por ambulância, além disso prestam serviços de atendimento clínico gerais em diversas especialidades. Por ser a maior estrutura do SUS os hospitais são supridos de mais recursos tecnológicos e intervenções dentro do sistema de saúde, onde em seu complexo possui atendimento 24 horas e nos fins de semana.

HUMANIZA SUS

Abordada somente a partir do corpo biológico individual descartando os aspectos sociais, econômicos, culturais e psicológico a saúde era considerada apenas como a ausência de doença. Porém críticas antropológicas e sociológicas elevaram a definição de saúde a um novo contexto, relacionando outros fatores mais que o fisiológico. Sendo que através deste movimento expressasse o movimento sanitário organizado em diversos países que teve como objetivo principal o direito universal a saúde. No Brasil este movimento ocorre na 8ª Conferência de Saúde em 1986.

Segundo o Ministério da Saúde a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (PNH) foi desenvolvida em 2003 pelo Ministério da Saúde e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde, portanto a PNH é uma política dos Sistema Único de Saúde.

Também denominada de Humaniza SUS, segundo o Ministério da Saúde a PNH se baseia na convergência de três objetivos centrais: (1) enfrentar desafios enunciados pela sociedade brasileira quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde; (2) redesenhar e articular iniciativas de humanização do SUS e (3) enfrentar problemas no campo da organização e da gestão do trabalho em saúde que têm produzido reflexos desfavoráveis tanto na produção de saúde como na vida dos trabalhadores.

Na 11ª Conferência Nacional de Saúde onde foi restabelecido a reforma sanitária, Arouca, data já defendia que a reforma era muito mais que um processo meramente tecnoburocrático ou gerencial na história da saúde pública brasileira, tratava-se de um marco no sentido de aprimoramento na história da saúde pública brasileira, um verdadeiro marco na direção da experiência

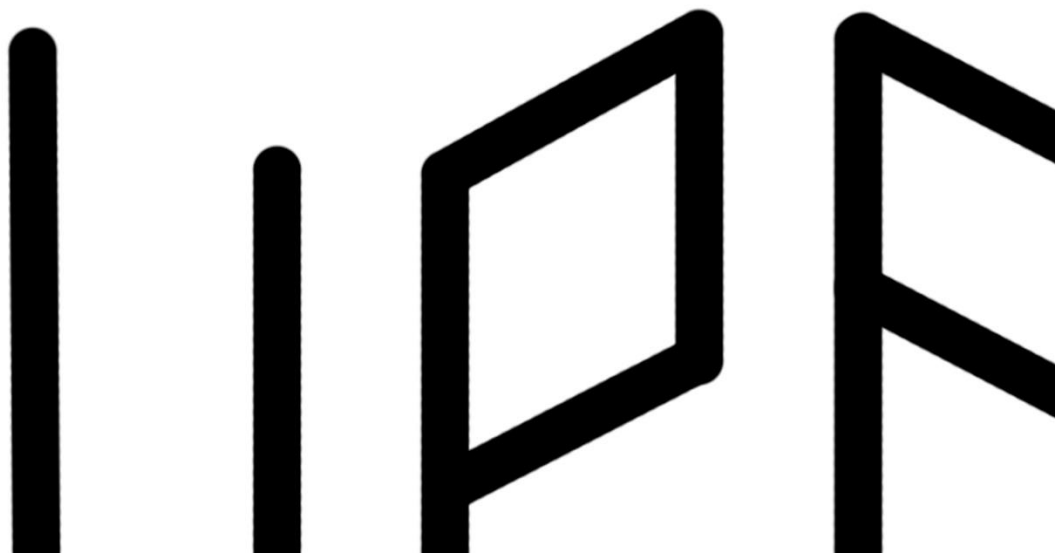
civilizatória. Tratando-se o SUS como uma das consequências ao aperfeiçoamento de uma experiência na sociedade, sendo ela então mais justa e solidária a partir da defesa de valores democráticos, controle social, universalização de direitos e humanização do cuidado. Ampliando a visão da saúde pública para uma assistência de incorporação da promoção e prevenção ao reconhecimento do cidadão não como simples cliente ou usuária, mas sim como um sujeito, aprimorando um padrão de civilidade e uma nova ação dentro da espera pública dentro de princípios éticos.

Segundo o Ministério da Saúde, o Humaniza SUS aposta em inovações em saúde, como:

- Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos e dos coletivos;
- Aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
- Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- Mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde;
- Defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, etnia, origem, gênero e orientação sexual;
- Proposta de um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil e mais resolutivo;
- Compromisso com a articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde;

CAPITULO III:

REFERÊNCIAS PROJETOAIS E ANALISES



ANALISE ARQUITETÔNICA – UNIDADE PADRÃO UPA 24H

Um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências se dá pela Unidade de Pronto Atendimento, que é uma edificação implantada pelo Ministério da Saúde para reorganizar, qualificar e fortalecer a Rede de Atenção às Urgências e Emergências em âmbito nacional. Com objetivo de ofertar uma melhor infraestrutura destes estabelecimentos de saúde o Ministério da Saúde disponibiliza Projetos Padrões de Arquitetura da UPA 24 em seus três Portes (Porte I, II e III), conforme previsto na Portaria GM/MS nº 342, de 4 de março de 2013. A utilização deste Projeto é totalmente facultativa e permite que os gestores uma economia de tempo e de recursos quanto a possibilidade de construção destas unidades com uma infraestrutura adequada.

Com uma disponibilidade de projeto arquitetônico completo em detalhes em níveis projetuais e de execução, o Sistema de Monitoramento de Obras – SISMOB disponibiliza arquivos detalhados com materiais especificados tendo preocupação quanto a funções e fluxos de pacientes na edificação, em torno das quais se define seu próprio layout, abrigando todas as tipologias de ambientes, em tamanhos mínimos necessários, de acordo com as normas vigentes. Dentro destas atribuições foram analisados o projeto levantando alguns pontos a seguir:

FATORES ESTÉTICOS

Amenizar fatores de estresse no ambiente hospitalar deve ser de total importância quando visado o bem-estar, recuperação dos usuários e o desempenho dos profissionais da saúde. Os fatores estéticos é de extrema importância quanto a percepção que o ambiente é uma extensão do ser humano na sua forma de habitar, trabalhar, conviver e viver. Sob esta ótica, não meramente estética, pessoa e ambiente são unos e, portanto, não podem ser pensados separadamente. Desta forma os valores estéticos projetados em projetos padrões da Unidade de Pronto Atendimento não priorizam noções relacionadas à qualidade de vida e bem-estar do homem; abordando de forma sintética e normatiza os espaços, descartando os princípios básicos do ser humano, com ausência da naturalidade e a presença da artificialidade.

FIGURA 7 - PERSPECTIVA EXTERNA PROJETO PADRÃO UPA PORTE II



FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE

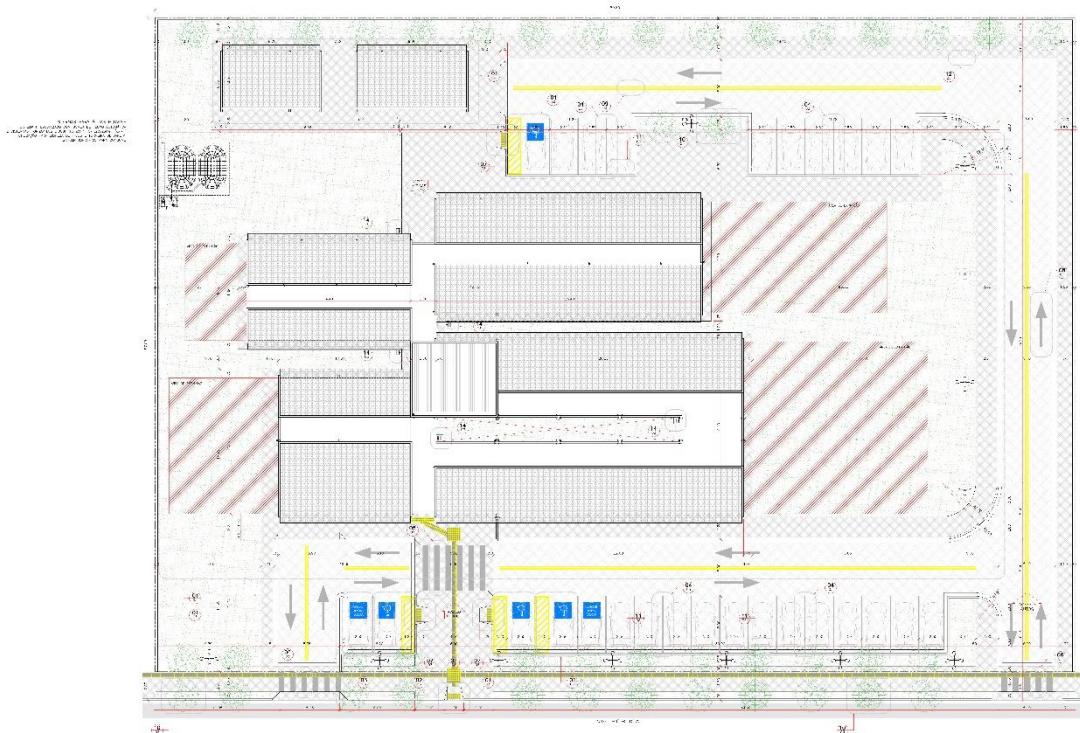
DEMANDA DE UM TERRENO AMPLO

Com o elevado valor do solo urbano e a demanda com relação a construção civil, busca-se cada dia mais a construção vertical e o melhor aproveitamento do terreno no contexto urbano. Dentro dos projetos padrões da Unidade de Pronto Atendimento há como proposta a horizontalidade, descartando o problema de demandas de terrenos aptos em centros urbanos que consigam adaptar um projeto totalmente horizontal, sendo que existe uma grande ausência de vazios urbanos que supram esta demanda.

VEGETAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE CONFORTO

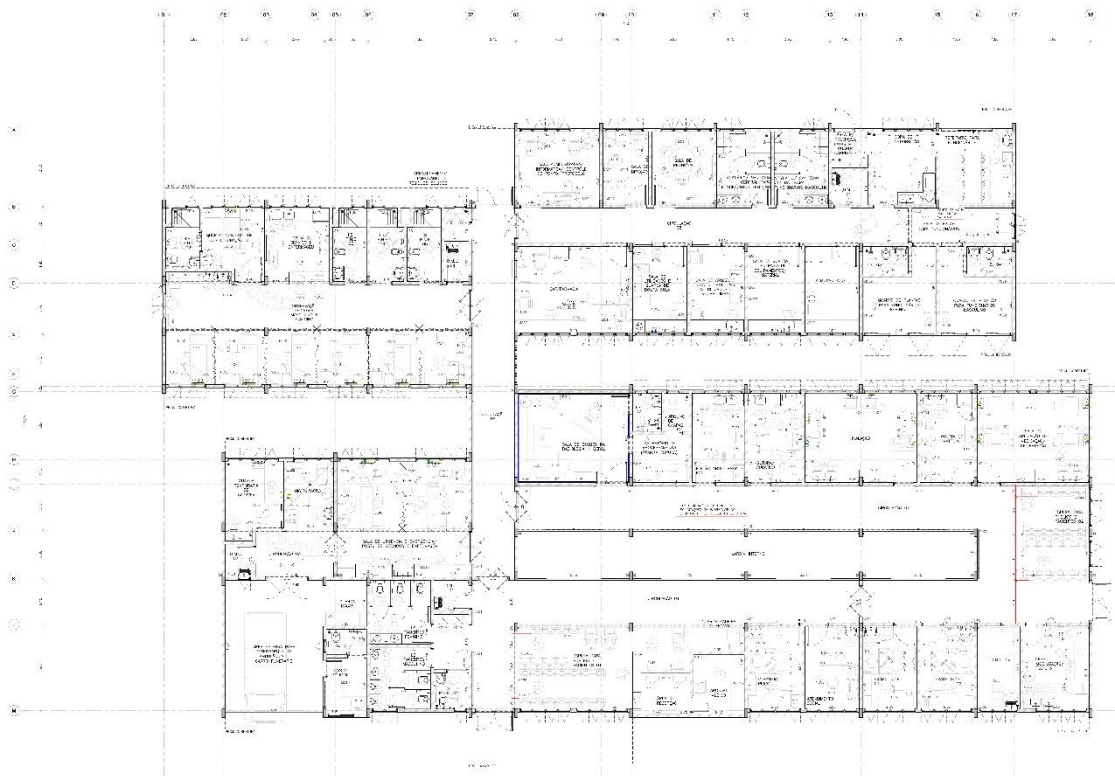
Um dos pontos positivos dentro dos projetos padrões da Unidade de Pronto Atendimento se dá pela presença da vegetação como instrumento de conforto através de jardins internos e externos. Sendo que a vegetação é de extrema importância em questões do conforto térmico, visual, acústico e olfativo, como também sob a sensação psicológica e de aconchego sob o usuário. Tendo como ponto de vista por parte dos projetistas uma percepção humanizada e benéfica com relação ao aproveitamento térmico e acústico através de recursos naturais.

FIGURA 8 - PLANTA DE IMPLANTAÇÃO UPA PADRÃO - PORTE II



FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE

FIGURA 9 - PLANTA DE LAYOUT DO PADRÃO UPA - PORTE II



FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE

SUSTENTABILIDADE

Em tempos em que as preocupações ambientais se mostram tão presentes, é de extrema importância adaptar sob um projeto materiais em prol da sustentabilidade, de maneira a utilizar recursos e técnicas que beneficiem a sustentabilidade e a edificação em si. Como por exemplo a utilização de painéis de vidro que diminuem a umidade e o ruído exterior, a utilização de cobogós com finalidade de resfriamento e difusão de luz natural. Tais sistemas permitem uma eficiência entre gestão de recursos, dispensando por vezes a utilização do condicionamento artificial.

PADRONIZAÇÃO

A padronização de soluções arquitetônicas e de sistemas construtivos acelera a produção de edifícios e ajuda a atender à grande demanda das Unidades de Pronto Atendimento, entretanto se torna complexo padronizar um projeto que consegue conciliar a lógica industrial de construção em série, reduzindo custos, a uma arquitetura que se adapte a demandas de usuários diversos e terrenos distintos. Tendo deste projeto uma padronização determinada excessiva, sem previsão de margem de transformação, crescimento ou ajuste relacionado ao contexto que será inserido.

NORMATIZAÇÃO EM SAÚDE

Com recomendações basicamente voltadas a padrões sanitários e humanos, um dos primeiros conjuntos de recomendações voltados a projetos hospitalares foram constituídos através de uma comissão da Academia de Ciência de Paris, sendo que só a partir desta época se levanta a preocupação com o bem-estar dos usuários. (Góes, 2004, p. 10).

Em território nacional, as normas que se antecederam a atual RDC-50, tem sua elaboração nos anos de 1970, com uma diretriz atual, onde se dá pela priorização dos usuários dentro da estrutura hospital. Com a implantação do SUS no sistema de saúde no Brasil, criou-se a Agência Nacional de Vigilância Sanitária com intuito de exercer o controle das atividades que dizem respeito à saúde, com um caráter fiscalizador e regulador normativo e também responsabilidade quanto a projetos arquitetônicos.

Em 21 de fevereiro de 2002 entra em vigor a criação da norma vigente até os dias atuais, a RDC-50 que dispõe sobre todo o regulamento técnico de planejamento, organização, programação, estrutura, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, projetos arquitetônicos de estabelecimentos de saúde e como estes parâmetros devem se adequar as diretrizes por elas impostas desde sua criação.

Apesar de uma edificação hospitalar ser suprida de várias normas que envolvem acessibilidade, segurança e estrutura, a mais importante quando questionado sobre projetos hospitalares ainda se dá pela RDC 50. Uma norma com caráter utópico comparado as práticas social, porém com grande bagagem quando se diz a respeito no avanço da legislação brasileira. A norma se dá pela descrição de passos importantes a serem seguidos na elaboração de projetos arquitetônicos para edifícios hospitalares, indo desde a terminologia a ser utilizada, passando pelas etapas de projeto, instalações, estruturas e fundações adequadas.

As instituições de saúde, sejam elas públicas ou privadas foram edificadas anteriormente da criação da norma vigente, ao qual é encontrado grandes desconformidades em seus espaços físicos sem pretensões de mudanças por conta das crises financeiras que vivenciam grande parte dos hospitais no país, não havendo um quadro que arquem com os gastos quanto as reformas e adequações destes espaços.

Segundo Dal Lago at all, na análise crítica dos ambientes hospitalares, abordam que apesar da norma ter um processo altamente rigoroso com relação a futuros ambientes hospitalares, seu instrumento de planejamento ainda é falho, pois o seu conteúdo foca apenas em aspectos funcionais da edificação, relacionando uma área mínima de qualquer ambiente com a sua atividade exercida. Entretanto arquitetura hospitalar não se limita a ambientes e áreas mínimas, a realidade vai muito além da funcionalidade e logística e se enquadra também as necessidades subjetivas dos usuários quanto ao ambiente. Por isto a norma se limita e por diversas vezes induz projetistas que não vivenciam a realidade da saúde ao erro por subdimensionar espaços e não enquadrar os mesmos a realidade de planejamento de uma unidade adequada, sendo que o projeto de uma Unidade de Pronto Atendimento requer uma programação mais complexa por estar

introduzido no meio de urgência e emergência e também prestar serviços de entrada no Sistema Único de Saúde para que todos os tipos de necessidade consiga ser atendida, havendo uma flexibilidade projetual ao qual a norma não prevê.

REFERÊNCIAS PROJETAIS

O referencial projetual trata-se de estudos de caso de projetos que possuem o enfoque proposto nesse TCC, ou seja, que tenham propostas humanizadas e de arquitetura aliada a gestão hospitalar. Os estudos foram feitos de forma indireta, através de pesquisa bibliográfica na internet.

HOSPITAL INFANTIL LADY CILENTO, AUSTRÁLIA

O Hospital Infantil Lady Cilento localizado em Brisbane na Austrália é uma parceria do escritório de arquitetura e urbanismo Lyons com os arquitetos do escritório Conrad Gargett. Ele traz uma nova proposta de equipamento especializado em treinamento e ensino de pediatria atendendo todos os pacientes da região de Queensland. Com um edifício de 95 mil metros quadrados com o total de doze pavimentos, o edifício hospitalar é um gigantesco acréscimo urbano dentro do município.

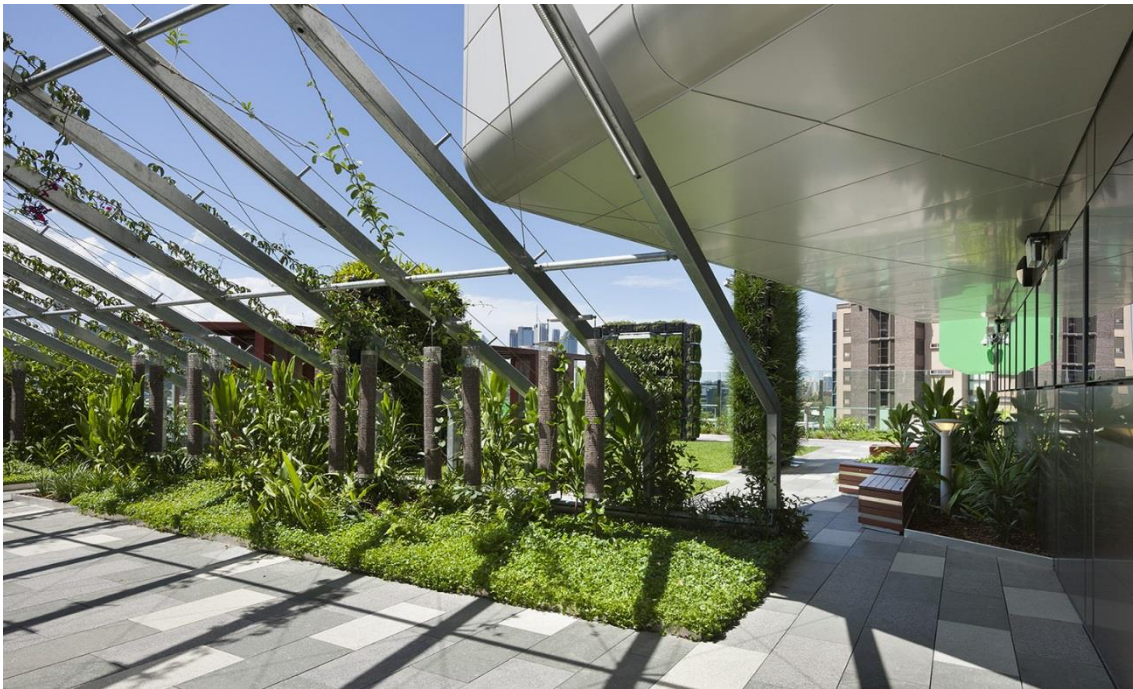
FIGURA 10 - FACHADA FRONTAL



FONTE: ARCHDAILY

Sua fachada traz painéis reluzentes e coloridos em tons de verde e roxo como forma de homenagem a flora nativa e também com objetivo de transmitir a ideia de um edifício projetado em prol das crianças. Sua forma e volume se destaca por fugir do convencional prédio vertical, branco ou em tons pastéis encontrados em edifícios hospitalares, o projeto possui uma torre sobre uma base e apresenta um edifício de gabarito médio, sendo esculpido de modo a gerar terraços jardins.

FIGURA 11 - TERRAÇO JARDIM NO HOSPITAL LADY CILENTO



FONTE: ARCHDAILY

FIGURA 12 - IMPLANTAÇÃO DA EDIFICAÇÃO INTEGRANDO O PÚBLICO EXTERNO

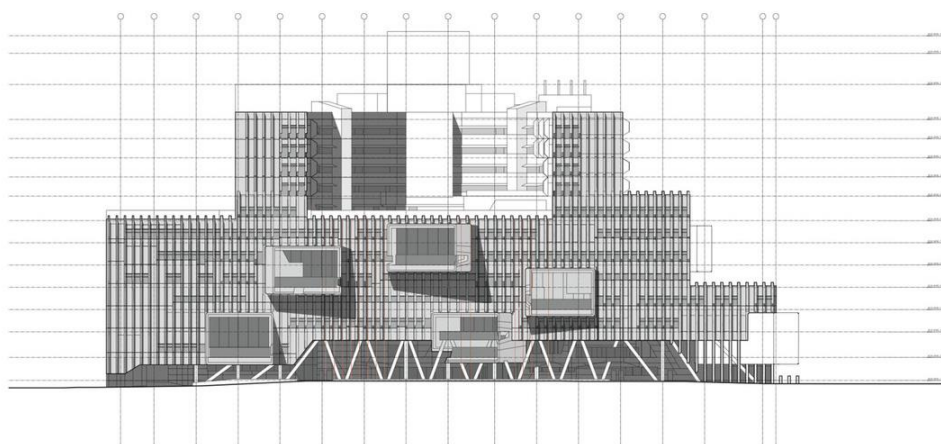


FONTE: ARCHDAILY

Seu projeto se dá para ideia de “árvore da vida”. Onde o partido foi desenvolvido através de etapas preliminares, onde foram realizadas uma série de workshops com usuários dos hospitais da região e demais partes envolvidas. Dentro da edificação foram criados uma rede de espaços de pé-direito duplo que parte do átrio vertical localizado no centro da planta. Estes espaços se estendem além da linha da rua para formar uma série de portais e balcões externos onde os usuários podem apreciar a paisagem urbana e também consiste no sistema de circulação pública do hospital. Através deste sistema foi criado um mapa mental do edifício ao qual os marcos externos são utilizados como elementos de orientação para os usuários.

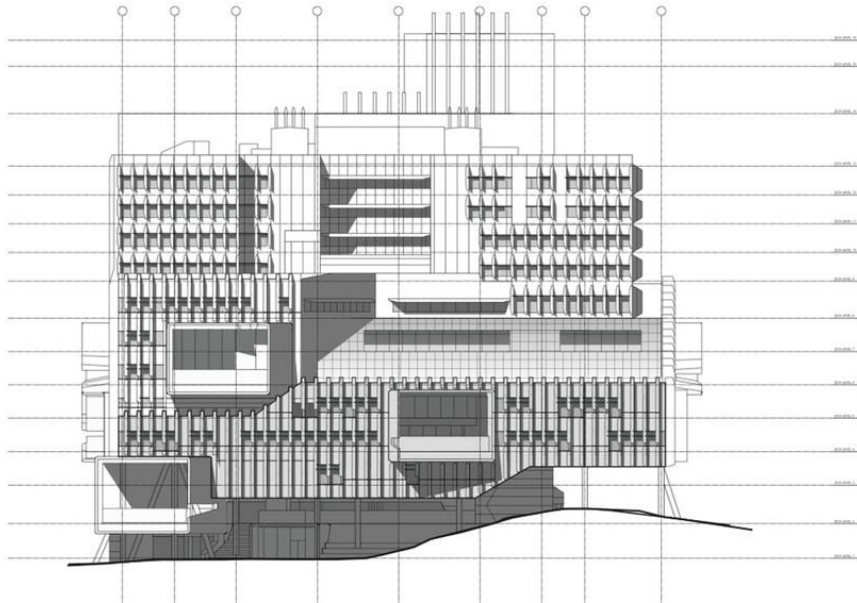
Com um edifício altamente funcional e esteticamente agradável, a arquitetura incorpora equipamentos de diagnósticos e tratamento mais avançados do mundo. Suas estratégias voltadas ao suporte e bem-estar dos pacientes se destacam pelos percursos claros e com uma identidade visual de informação clara e objetiva, conexão com o exterior e vista para o ambiente natural que transforma esta proposta totalmente humanizada um aliado a funcionalidade e logística hospitalar e a recuperação do paciente.

FIGURA 13 - FACHADA FRONTAL



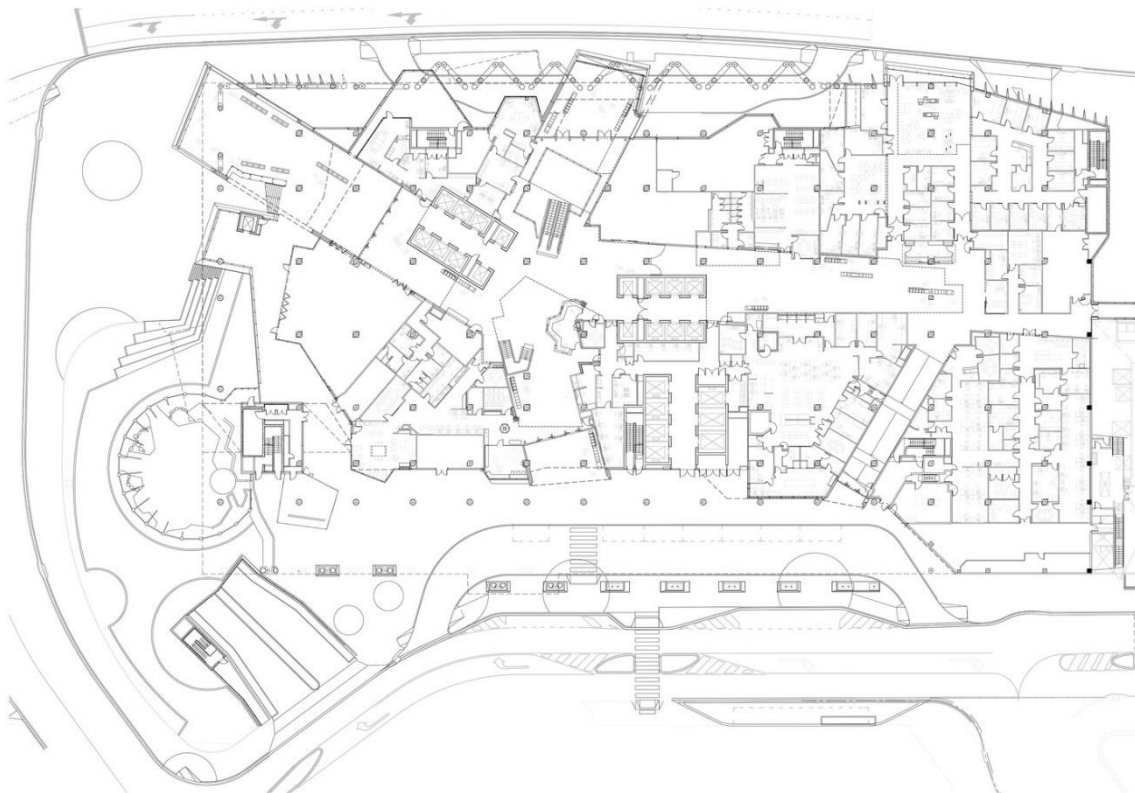
FONTE: ARCHDAILY

FIGURA 14 - FACHADA POSTERIOR



FONTE: ARCHDAILY

FIGURA 15 - PLANTA BAIXA PAVIMENTO TÉRREO



FONTE: ARCHDAILY

HOSPITAL INFANTIL NEMOURS

O hospital infantil Nemours situado em Orlando, Flórida, estabelece um novo padrão de projeto. Projeto pelo grupo de arquitetos Stanley Beaman & Sears, o novo empreendimento prova mais uma vez que a arquitetura pode transmitir um ambiente de cura, evocando uma qualidade de afirmação da vida para tranquilizar os pais e encantar as crianças através de concepções arquitetônicas. A solução arquitetônica deste projeto foi resultado de um trabalho de equipe ao qual só foi possível sua elaboração graças à colaboração de várias partes de Nemours, incluindo profissionais, administradores e um comitê familiar de pais e crianças.

FIGURA 16- FACHADA EM PERÍODO NOTURNO DO HOSPITAL NEMOURS



FONTE: ARCHDAILY

A filosofia do projeto se baseia na concepção de abraçar as crianças em todo o contínuo, passando da sua infância até a sua idade adulta, se preocupando com suas condições crônicas, bem como diagnósticos médicos e complexos e doenças fatais. Sua preocupação com relação a humanização se dá pelo seu objetivo de tranquilizar, inspirar, encorajar e divertir seus usuários e

acompanhante, um exemplo disto é o investimento em paisagismo que reflete o papel da natureza na vida de uma criança.

Através desta concepção de cuidado centrado no paciente e em sua família, o projeto levou estratégias que buscam apoiar todas as esferas da vida: quartos de pacientes com acomodação para dois pais, lavanderia e um balcão de atendimento no lobby do elevador de cada pavimento para guia-los aos espaços do hospital. Amplas salas de estar e recreação com vistas e acessos a grandes espaços ao ar livre projetados para descanso e lazer, que incluem terraços ajardinados na cobertura, instalações aquáticas interativas, um jardim descoberto e um palco comunitário ao ar livre para apresentações.

FIGURA 17 - ÁREA DESTINADA A RECREAÇÃO COM PAINÉIS INTERATIVOS



FONTE: ARCHDAILY

Um projeto de 192 mil metros quadrados que incluem uma quadra de entrada ajardinada, 95 leitos e 76 salas de exame, emergência, uma central de energia e um estacionamento. É possível acomodar ainda 32 leitos e 24 salas de exame.

O plano diretor da cidade antecipa a expansão do espaço hospitalar e ambulatorial, bem como escritórios médicos adicionais e instalações de apoio e pesquisa. A paleta de matérias que envolve a fachada deste edifício inclui sistemas de pré-moldados, terracota, painéis de metal e vidro. Uma combinação de acabamentos especiais e de alto desempenho se destacam e proporcionam aos espaços internos uma estética simples e moderna, enquanto o mobiliários coloridos e as ilustrações gráficas pontuam o espaço. A cor da iluminação de realce dos quartos na fachada pode ser escolhida pela criança internada no leito, criando uma dinâmica na fachada do edifício que se transformam todas as noites criando um lembrete artístico das crianças recebendo os cuidados e prioridades dentro desta edificação.

Dentro do clima subtropical de Orlando, o sol intenso e a umidade foram uma das grandes questões com relação ao projeto, onde foram necessários estudos solares extensos para resultar na criação de espaços externos sombreados e também na ajuda da determinação do design e localização de painéis solares que tiveram o intuito de bloquear a luz direta, mas permitindo que a luz natural adentrasse em abundância nos interiores.

FIGURA 18 - UTILIZAÇÃO DAS CORES COM INTUITO DE SETORIZAR ACESSOS E HUMANIZAR O AMBIENTE HOSPITALAR



FONTE: ARCHDAILY

Com respostas aos altos lençóis freáticos da região, os arquitetos projetaram uma rampa curva para elevar o nível de entrada do edifício, permitindo um porão iluminado que acomoda funções de entrega e serviço. Este gesto também funciona como um elemento principal do paisagismo, que continua ao longo do edifício e além dele, onde acompanha os quartos com jardim ao ar livre, concluindo outro destino paisagístico. Tanto com aspecto visual, mas também funciona, a parede de pedra em cor de mel foi projetada como um elemento de orientação espacial, criando uma hierarquia e levando as entradas principais. No ponto de vista funcional é notável o alimento de atendimento ambulatorial e de internação. Ambulatórios e salas de internação que são destinadas à mesma especialidade se localizam em áreas adjacentes no mesmo pavimento, possibilitando que uma equipe consistente se torne familiar às crianças e suas famílias durante visitas ou internações. A integração tecnologia e outro ponto a se destacar, de maneira que o edifício possua um corpo inteligente, tendo nele integrando um comando central que monitora um conjunto de fatores clínicos e de instalações.

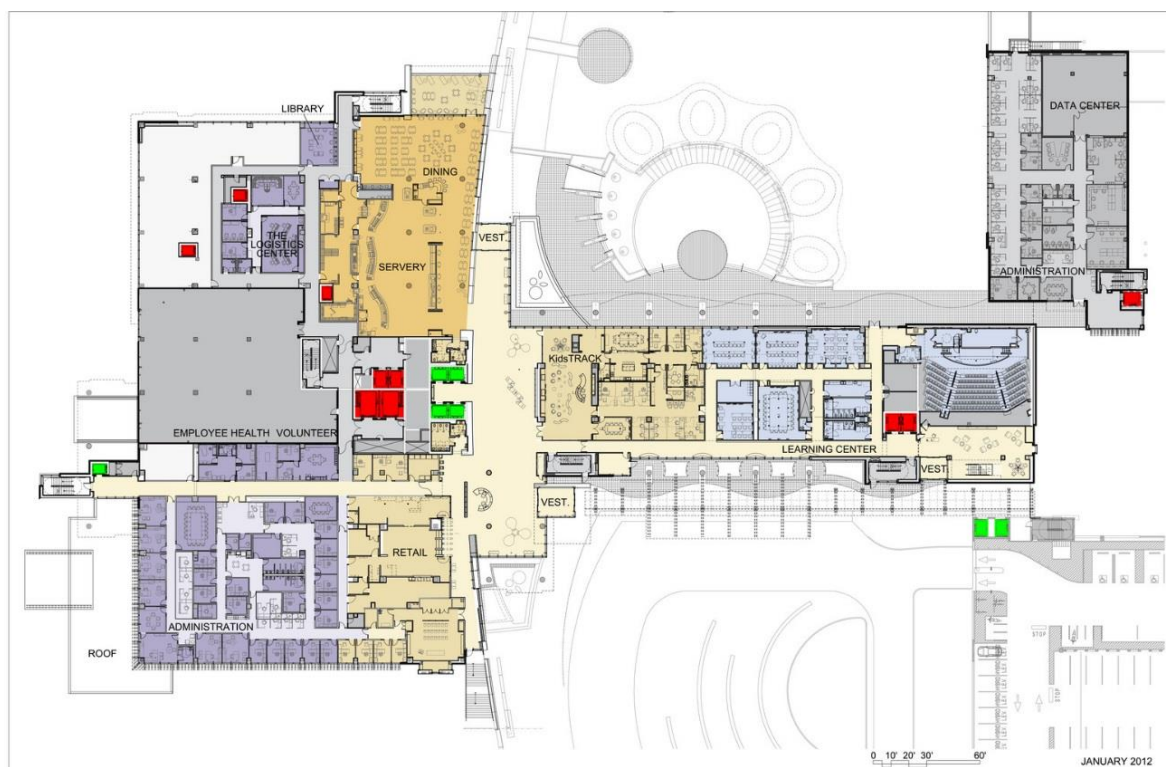
Com um certificado LEED GOLD CERTIFICATION, a equipe dos projetos se destacou pela preocupação junto a sustentabilidade, prevendo o retorno palpável do investimento no edifício em futuras economias de energia quanto em qualidade ambiente. O terreno com cerca de 60 hectares possuía uma área limitada de vegetação no início na obra, Nemours estabeleceu uma prioridade no quesito paisagismo, incentivando o plantio no início do processo construtivo para que uma paisagem madura pudesse ser criada até a inauguração da edificação. Seus espaços internos são destacados pela entrada de luz natural e vistas para a natureza de maneira abundantes, sendo integrativas e de extrema importância para crianças e famílias, bem como para funcionários e colaboradores de apoio. Enquanto espaço projetado para crianças pode recorrer ao artifício do clichê, o hospital infantil evita completamente esta tendência e traz consigo uma arquitetura autêntica e madura com uma bagagem cheia de vida e uma atmosfera interior enriquecedora que prova que concepções arquitetônicas bem elaboradas podem colaborar com o processo de cura.

FIGURA 19 - PLANTA DE IMPLANTAÇÃO



FONTE: ARCHDAILY

FIGURA 20 - PLANTA PAVIMENTO TÉRREO



FONTE: ARCHDAILY

HOSPITAL SARAH KUBITSCHKEK SALVADOR

O Hospital Sarah Kubitschek em Salvador foi inaugurado em 1994 e está situado no bairro Caminho das Árvores e atua em quatro grandes áreas da saúde: Reabilitação Neurológica, Reabilitação Ortopédica, Reabilitação Infantil e Neuroreabilitação em Lesão Medular.

Sua arquitetura possui um único elemento que dá a forma ao projeto: um shed metálico curvo, de grandes e diferentes extensões, sendo repetidos em dezenas de linhas paralelas. Suas variações, além do formato padrão se dá por um grande vão de estrutura de aço que o sustenta, repercutindo assim na maior dimensão do shed; e também por outra criada pelo fechamento do shed a partir da continuidade da sua curva, quando não há a necessidade de ventilação.

FIGURA 21 - FACHADA



FONTE: ARCHDAILY

As aberturas dos sheds são acrescentadas a cada certa distância testeiros verticais pintadas de amarelo, que prolongam a coberta curva, e entre elas são dispostas fileiras paralelas de brises horizontais. Deste modo, os ambientes internos ficam resguardados dos raios diretos do sol.

O fechamento interno da abertura se dá por dois módulos verticais de esquadrias: o inferior que é em geral, uma veneziana metálica, e o superior que é uma basculante de vidro. Porém, em certos ambientes, ambos módulos são

basculantes de vidro, permitindo a completa interrupção da ventilação, mas sem privar o espaço da iluminação natural

Os ambientes internos são intimamente conectados aos jardins externos que rodeiam todo o edifício. Ora se abre ao exterior em grandes panos de vidro, ora em corredores externos, ora os jardins adentram e recortam sua volumetria, e ora os leitos se estendem em pequenas varandas.

FIGURA 22 - CIRCULAÇÃO INTERNA



FONTE: ARCHDAILY

Além do envolvimento com a humanização e a conexão da natureza com a arquitetura, o Hospital está situado numa área de Mata Atlântica nativa. O edifício também é permeado por artes, aos quais Athos Bulcão foi responsável por criar diversos tipos de painéis multicolores. Feito de argamassa armada, os painéis são utilizados para delimitar o limite do terreno, são acoplados nos corredores, no refeitório, entre outros. O edifício também é dotado de painéis metálicos em tons de azul e laranja, painéis de madeira pintados em tons de azul, verde e vermelho, perfurados com desenhos geométricos. Demonstrando que o arquiteto João Filgueiras Lima além de possuir uma extrema responsabilidade técnica em edifícios hospitalares adotando materiais e técnicas que beneficiam a arquitetura no ambiente inserido, ainda possui uma responsabilidade indissolúvel em relação a arte.

FIGURA 23 - CIRCULAÇÃO INTERNA



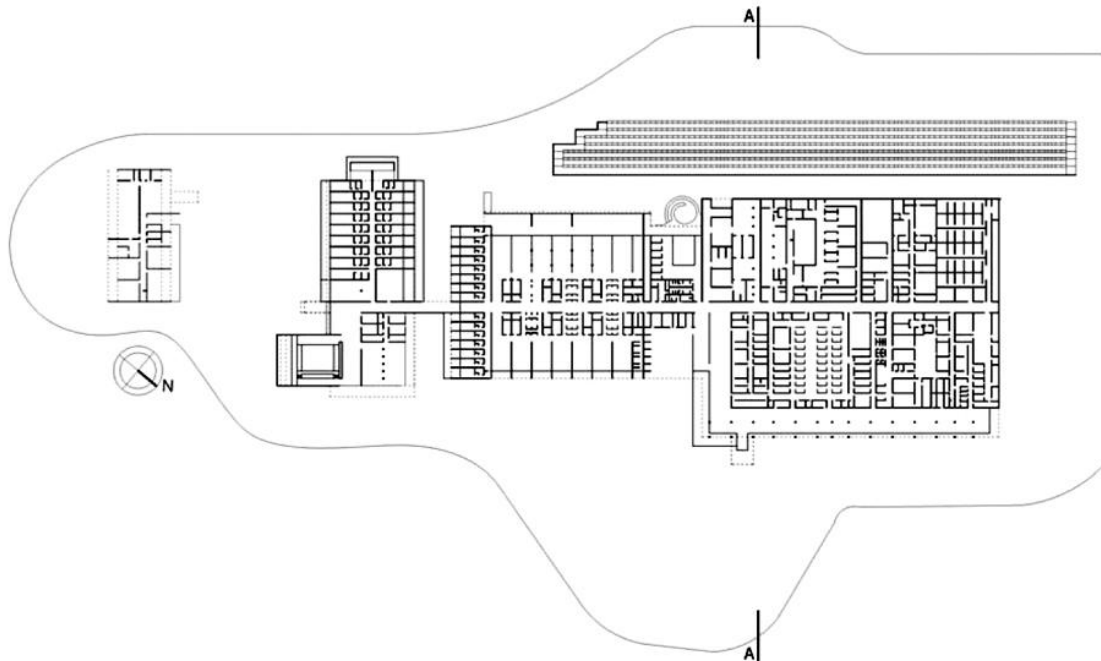
FONTE: ARCHDAILY

FIGURA 24 – CORTE AA



FONTE: ARCHDAILY

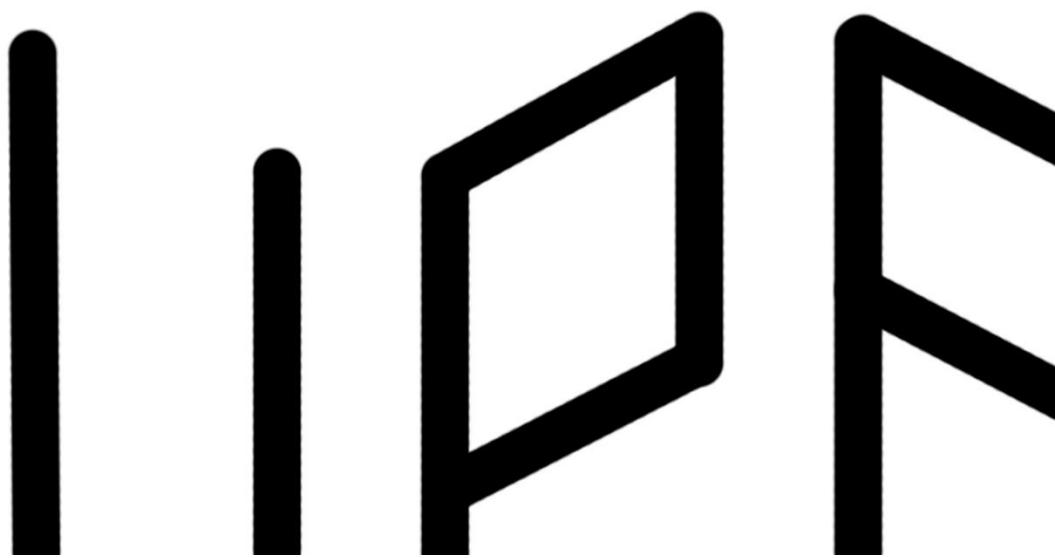
FIGURA 25 - PLANTA BAIXA



FONTE: ARCHDAILY

CAPITULO IV:

PARTIDO ARQUITETÔNICO



PROPOSTA

O referencial teórico realizado foram determinantes para a delimitação das diretrizes projetuais quanto ao funcionamento de edificações voltados ao atendimento de urgência e emergência de uma Unidade de Pronto Atendimento, servindo de suporte para a elaboração deste partido arquitetônico.

ESCOLHA DA LOCALIZAÇÃO

Em um empreendimento voltado a população, sobretudo aqueles que se acidentaram ou tiveram algum trauma, o entorno é fator determinante para um bom desempenho de atendimento da instituição. Em vista disso, na definição do recorte espacial, a localização do lote foi definida a partir dos seguintes critérios:

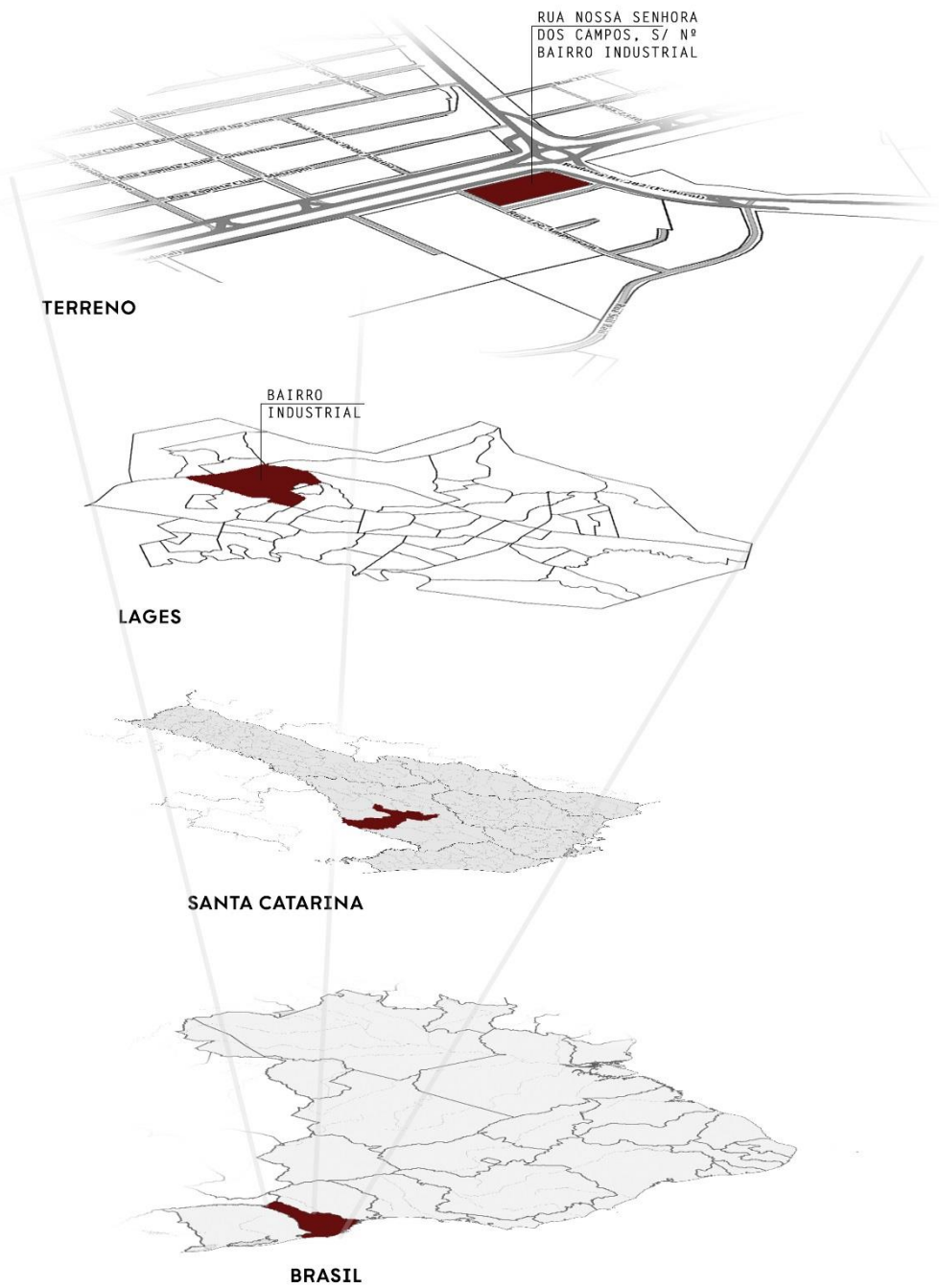
- Estar em Região de fácil acesso que atenda a demanda de urgência e emergência do município de Lages e Região.
- Estar localizado em uma área calma e residenciais que integrem o acesso daquela população ao dia a dia da unidade para somar à atenção primária a fim de favorecer a regionalização e interiorização do acesso aos cuidados urgentes.
- Estar localizado numa região suprida de equipamentos básicos como rede elétrica, coleta de lixo e saneamento básico.
- Estar localizado próximo a entrada dos municípios respeitando a ordem do Ministério da Saúde que preza beneficiar o acesso ao local.

Segundo os dados levantados pelo Ipea (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), com base nos dados da PRF (Polícia Rodoviária Federal), Santa Catarina se encontra em segundo lugar entre os dez Estados brasileiros que mais registraram acidentes de trânsito com dados apurados em 2014. Segundo os dados do Ministério da Saúde, as rodovias federais são responsáveis por 20% das mortes no trânsito no Brasil, com cerca de 26 mil feridos graves todos os anos. Com Dados da Diretoria de Vigilância Epidemiológica de Santa Catarina abordada em 2014, mostram que Lages está em quarto lugar no Estado, na quantidade de acidentes de trânsito com morte, estando atrás apenas dos municípios de Rio do Sul, Tubarão e Itajaí. Levando-nos a crer a importância e necessidade de uma Unidade de Pronto Atendimento que possa abordar e

contribuir com a diminuição de mortes em trânsito ocasionadas através de rodovias que interligam o município.

LOCALIZAÇÃO, ACESSO E ENTORNO DO TERRENO

FIGURA 26 - UNIVERSO DE ESTUDO



FONTE: ELABORADO PELO AUTOR, 2017

A escolha do terreno se baseia pelo encontro da BR 282 com a BR 116 com objetivo de atender demanda de acidentes em ambas as vias e também que fosse locado num local que houvesse uma facilidade de acesso quanto aos moradores de Lages com proposta de contribuir para o acesso de entrada a saúde. Baseou-se ainda na sua dimensão (tendo em vista o pré-dimensionamento e programa de necessidades proposto), na legislação e topografia. Quanto a topografia, a indicação quanto a elaboração se dá por um terreno predominante plano ou que apresente pouca diferença de nível, de forma que sejam priorizados normas de acessibilidade, evitando o uso de escadas e prevendo as instalações a partir de rampas.

O terreno selecionado tem acesso pela avenida BR 282 (para a qual está voltado a testada ao norte); Rua Léo Ampessam (testada Sul) e Rua Nossa Senhora dos Campos (testada Leste), sendo as duas últimas pelo Código de Obras de Lages vias locais.

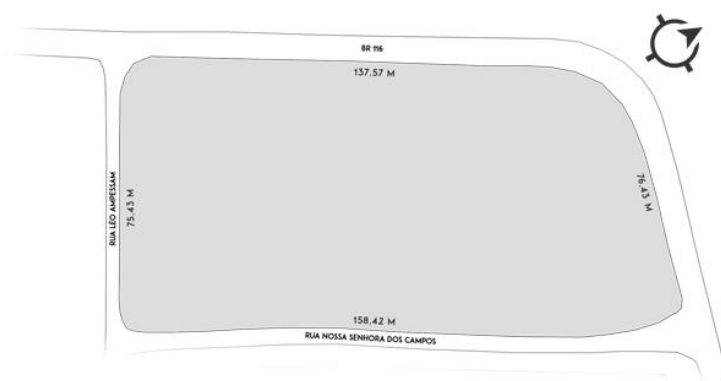
Todas as ruas e avenidas são asfaltadas e possuem sentido duplo de direção. Na avenida BR 282 é possível perceber mais tráfego de veículos e pedestres, devido a sua facilidade de interligação do município as outras regiões do Estado de Santa Catarina, facilitando acesso a pontos comerciais e edifícios comerciais. Já as demais vias são caracterizadas pela predominância de pequenas empresas e algumas residências unifamiliares. Atualmente a área está sem desuso e contém vegetação rasteira.

CARACTERIZAÇÃO DO LOTE

O terreno escolhido se dá pelo resultado do parcelamento dos lotes na época de desenvolvimento do bairro industrial, por isto suas tentadas frontais são menores que suas laterais. Rua forma é retangular (figura aplicada), totalizando 10841,72 m², com as seguintes dimensões:

- Testada Norte (N): 76,49m;
- Testada Sul (S): 75,43m;
- Testada Leste (L): 158,42m;
- Testada Oeste (O): 137,57m.

FIGURA 27 - PLANTA BAIXA DO TERRENO.



FONTE: ELABORADO PELA AUTOR, 2017

O terreno apresenta desnível de 5,00 metros atenuado voltado a BR 282 devido ao grande comprimento da área (158,42m). Porém sua maior inclinação pode ser minimizada com a utilização de estratégias projetuais.

ANÁLISE BIOCLIMÁTICA E ORIENTAÇÃO QUANTO AO SOL E AOS VENTOS

Para a análise bioclimática, foram levadas em consideração a insolação e ventilação natural. Com ventilação predominante proveniente da direção noroeste, evidencia que a fachada voltada a este sentido pode receber aberturas

com estratégias de condicionamento térmico com relação ao verão, tendo que as supris em outras aberturas com relação ao inverno, já que Lages possui uma temperatura média de 14,3°C. Deve-se a partir do clima quente e temperado presenciado na região adotar sistemas dentro deste partido que permita que o ar se renove mantendo sempre o conceito de conforto térmico.

CONDICIONANTES LEGAIS

A realização de um projeto arquitetônico deve levar em consideração a legislação vigente, que indica aspectos relacionados à tipologia da edificação e aos critérios para a escolha da localização, entre outros. As principais diretrizes legais para esse TFG serão: O Plano Diretor de Lages, a NBR 9050 (Lei de Acessibilidade a Edificações, Mobiliário, Espaços e Equipamentos Urbanos); a RDC 50 (Lei de Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde).

PLANO DIRETOR DE LAGES

O Plano Diretor de Lages é o instrumento que estabelece as diretrizes para a produção do espaço urbano na cidade, entre as quais as principais indicações a serem observadas nesse TCC são:

- O coeficiente de aproveitamento máximo é de 4,8% pois conforme o macrozoneamento do município, o bairro Industrial está inserido na Zona de Eixos de Descentralização de Desenvolvimento 2
- Os Eixos de Descentralização de Desenvolvimento 2 são setores urbanos organizados preferencialmente em vias estruturais e coletoras, com o objetivo de promover a descentralização das atividades de desenvolvimento econômico junto às zonas de moradia.
- A taxa de ocupação máxima admitida para edificações é de 60% para base e de 50% para a torre
- Os recuos estão contidos no quadro :

EDD-2 - EIXOS DE DESCENTRALIZAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO 2	
COEFICIENTE DE APROVEITAMENTO MÍNIMO:	0,20
COEFICIENTE DE APROVEITAMENTO BÁSICO:	2,40

COEFICIENTE DE APROVEITAMENTO MÁXIMO:	4,80
TAXA DE OCUPAÇÃO BASE:	60%
TAXA DE OCUPAÇÃO TORRE:	50%
RECUO AJARDINAMENTO:	4,00 M
AFASTAMENTO MÍNIMO:	TÉRREO - 1,50M 2 PAVIMENTOS - 2,00M TORRE - 2,00M
LIMITE DE PAVIMENTOS:	ATÉ 4 PAVIMENTOS > 5 PAVIMENTOS
USO DIVISAS:	2 DIVISAS EM 2 PAVIMENTOS

PROGRAMA DE NECESSIDADES E PRÉ-DIMENSIONAMENTO

Por se tratar uma tipologia recorrente, o programa de necessidade de uma Unidade de Pronto Atendimento se dá através do seu porte, sendo estabelecido através da taxa de população da região em que será inserido. Em Lages por se ter uma estimada população de 158.620 mil habitantes, se enquadra na categoria Porte II da Upa ao qual se estima uma área mínima de 1000 m² que supram o atendimento de até 300 pacientes diários e mantenha um quadro clínico com quadro médicos plantonistas e com espaço dotado de 9 a 12 leitos dentro da unidade.

O programa é constituído por seis setores: pronto atendimento, atendimento de urgência, apoio diagnóstico e terapêutico, observação, apoio administrativo, apoio técnico e logístico.

AMBIENTES	ÁREA UNITÁRIA (m ²)	PORTE - II	
		QUANTIDADE DE AMBIENTE	ÁREA TOTAL (m ²)
PRONTO ATENDIMENTO			
Área de recepção e espera para público/pacientes	1,20/pessoa	1 com capacidade para 40 pessoas	48,0

Área para guarda de cadeira de rodas	3,0	1	3,0
Sanitário masculino e feminino (coletivo)	-	2	-
Sanitário individual para portadores de necessidades especiais	3,20 (com dimensão mínima de 1,70)	1	3,20
Sala de classificação de risco	9,0 (com dimensão mínima de 2,20)	1	9,0
Sala de atendimento social	8,0	1	8,0
Sala para exames indiferenciados	10,0 (com dimensão mínima de 2,20)	4	40,0
Sala para exames diferenciados (odontológico)	10,0 (com dimensão mínima de 2,20)	0	-
Depósito de Material de Limpeza (DML)	2,20 (com dimensão mínima de 1,0)	1	2,20
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA			
Área externa para desembarque de ambulância (coberta)	21,0	1	21,0
Área para guarda de macas e cadeira de rodas	4,0	1	4,0
Sala de higienização	8,0	-	8,0
Sala de urgência e emergência	16,0/leito	1 com capacidade para 3 leitos	48,0

Posto de enfermagem e serviços	6,0	1	6,0
APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPEUTICO			
Sala de eletrocardiografia – ECG	8,0 (com dimensão mínima de 2,20)	1	8,0
Sala de sutura/curativo	10,80 (com dimensão mínima de 2,20)	1	8,0
Sala de gesso (imobilizações/redução de fraturas)	10,0 (com dimensão mínima de 2,20)	--	10,0
Sala de inalação coletiva	1,60/paciente	1 com capacidade para 8 pacientes	12,80
Sala de aplicação de medicamentos/reidratação (pacientes em poltronas)	5,0/poltrona	1 com capacidade para 6 poltronas	30,0
Sala de exames da radiologia - geral	23,0	1	23,0
Laboratório de processamento (câmara escura)	4,0	1	4,0
Box de vestiário para paciente	2,70	1	2,70
Arquivo de chapas	2,0	1	2,0
Sala de coleta de material	8,0	1	8,0
Sala de utilidades (área suja)	5,0 (com dimensão mínima de 1,50)	1	7,0

OBSERVAÇÃO			
Posto de enfermagem	6,0	1	6,0
Sala de serviços	6,0	1	6,0
Salas de observação coletiva	8,50/leito	2 com capacidade mínima de 09 leitos	76,50
Banheiro para paciente interno - salas de observação	4,80 (com dimensão mínima de 1,70)	3	14,40
Quarto individual de curta duração	10,0	2	20,0
Banheiro para paciente interno - quarto individual de curta duração	4,80 (com dimensão mínima de 1,70)	2	9,60
APOIO ADMINISTRATIVO			
Sala de direção	12,0	1	12,00
Sala de reuniões	2,0/pessoa	1 com capacidade para 8 pessoas	16,0
Sala administrativa/informática/control de ponto, protocolo	5,50/pessoa	1 com capacidade para 3 pessoas	16,50
Arquivo médico	6,0	1	6,0
Posto policial	4,0	1	4,0

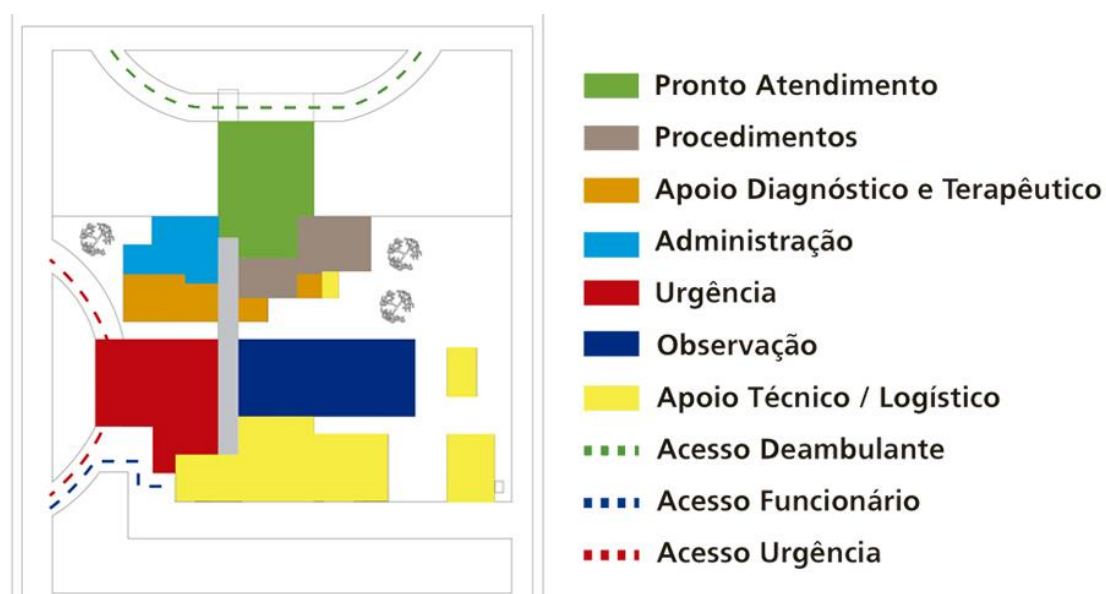
Sanitário	1,60 (com dimensão mínima de 1,20)	1	1,60
APOIO TÉCNICO E LOGÍSTICO			
Área de distribuição/dispensação (farmácia)	4,0	1	4,0
Sala para armazenagem e controle (CAF)	1,0/leito total da Unidade	1	14,0
Almoxarifado	10,0	1	10,0
Sala de guarda e preparo de equipamentos/material	Dimensão mínima de 1,50	1	7,0
Sala de utilidades e guarda de roupa suja (área suja)	7,0 (com dimensão mínima de 1,50)	1	7,0
Sala de armazenagem e distribuição de materiais esterilizados e roupa limpa (área limpa)	Dimensão mínima de 1,50	1	8,0
Copa de distribuição	1,20/paciente em observação (com dimensão mínima de 1,50)	1	13,20
Área para recepção, lavagem e guarda de carrinho(s)	3,0	1	3,0
Refeitório para funcionários	1,0/comensal	1	12,0
Quarto de plantão para funcionários	5,0/funcionário (com dimensão mínima de 2,0)	2	40,0
Sala de estar para funcionários (mínimo 8 pessoas)	1,30/por funcionário	1	10,40

Vestiário central para funcionários (masculino e feminino)	0,50/funcionário/t urno	2	15,0
Sanitários para funcionários 23	3,20	2	6,40
Depósito de Material de Limpeza (DML)	2,20 (com dimensão mínima de 1,0 m)	1	2,20
Sala de guarda temporária de cadáveres	8,0	1	8,0
Área externa para embarque de carro funerário (coberta)	21,0	1	21,0
Sala de armazenamento temporário de resíduos sólidos	4,0	1	4,0
Sala para equipamentos de geração de energia elétrica alternativa	23,0	1	23,0
Área para central de gases (cilindros)	8,60	1	8,60
SUBTOTAL			
25% para circulações e paredes	-	-	181,03
Abrigo externo de resíduos de serviços de saúde (RSS)	-	1	-
Estacionamento	-	1	-
Garagem	-	-	-
TOTAL	-	-	905,63
ÁREA MÍNIMA TOTAL			1000,00

SETORIZAÇÃO

Para melhor entendimento da disposição dos ambientes, foi elaborado a setorização que diferencia por cores os setores do programa de necessidades

FIGURA 28 - SETORIZAÇÃO E FLUXOS DA UPA



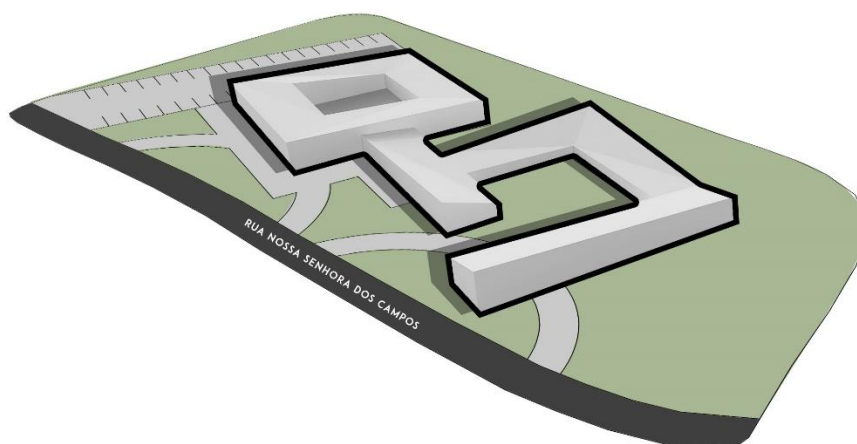
FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE

PARTIDO ARQUITETÔNICO

Com uma proposta de Unidade de Pronto Atendimento humanizada, os estudos de referência foram baseados de acordo com os hospitais da rede Sarah que foram fontes essenciais para a concepção do partido.

A meta geral da proposta foi trazer espaços que associassem a humanização em leitos e atendimento primário, aliada a atividades em prol da cura e reabilitação, projetando uma edificação que consiga ocasionar integração social através de atividades na saúde.

FIGURA 29 - VOLUMETRIA DO PARTIDO



FONTE: ELABORADO PELA AUTOR, 2017

Unindo a experiência da rede Sarah, as referências indiretas e as características da área de intervenção (um bairro de gabarito baixo com predominância industrial), o projeto adotou o conceito de pátios, que orientou a proposta a partir de blocos dotados de pátios internos que se apoiam em uma estratégia projetual que incluem dois focos de qualificação: o externo (espaço urbano) e o interno (humanização e funcionalidade). A relação com o lote destinado para a elaboração do projeto da Unidade de Pronto Atendimento no município de Lages se demonstra desafiador, tanto por seu entorno, como por seu dimensionamento, sendo uma edificação que se demonstra maior que o tamanho destinado ao empreendimento por consequência das suas atividades extras que serão adotadas. A parcela do terreno é de grandes proporções, principalmente no sentido longitudinal, considerando a adequação de um projeto de médio porte. A estratégia da adoção de dois blocos térreos conectados aliados a pátios internos amplia a volumetria do edifício, o que permite ao projeto se apropriar das grandes dimensões do terreno, estabelecendo a legibilidade de sua relevância como equipamento público do bairro. A relação interna se dá pela introdução de pátios que induzem uma atmosfera introspectiva, humanizando o ambiente físico hospitalar pela criação de microcosmo de proteção e tranquilidade. Os pátios também possuem funções de exteriores domesticados e também de proporcionar luz natural aos ambientes internos através de um paisagismo controlado. Ainda dentro da proposta a edificação se destaca por

proporcionar espaços protegidos das correntes de ar, sombreados, isolados dos ruídos exteriores e conectados com a natureza, conferindo ao mesmo limites claros e facilitando a sua setorização e entendimento de acessos.

FIGURA 30 - IMPLANTAÇÃO BÁSICA DO PARTIDO

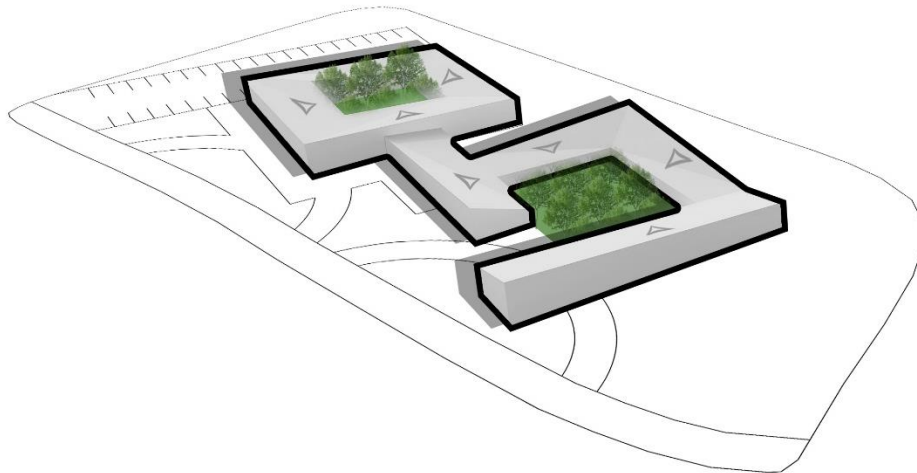


FONTE: ELABORADO PELA AUTOR, 2017

HUMANIZAÇÃO FUNCIONAL EM DOIS BLOCOS CONECTADOS

Com dois blocos dotados de pátios que organizam as atividades distintas que se integram as funcionalidades de uma Unidade de Pronto Atendimento. O partido se dá pela solução que oferece uma flexibilidade e adaptabilidade para a funcionalidade hospital, ao qual é tão desejada. De maneira que são encurtados fluxos, setorizados atendimentos e bem estruturados a função de atendimento tanto em caso de urgências ou de atendimento primário. Na ausência de uma paisagem exterior urbana consolidada, cria-se então uma sequência de paisagem interior na Unidade de Pronto Atendimento, com seus respectivos pátios humanizados de função contemplativa, paisagística e de controle térmico.

FIGURA 31 - ORGANIZAÇÃO DOTADAS DE PÁTIOS INTERNOS

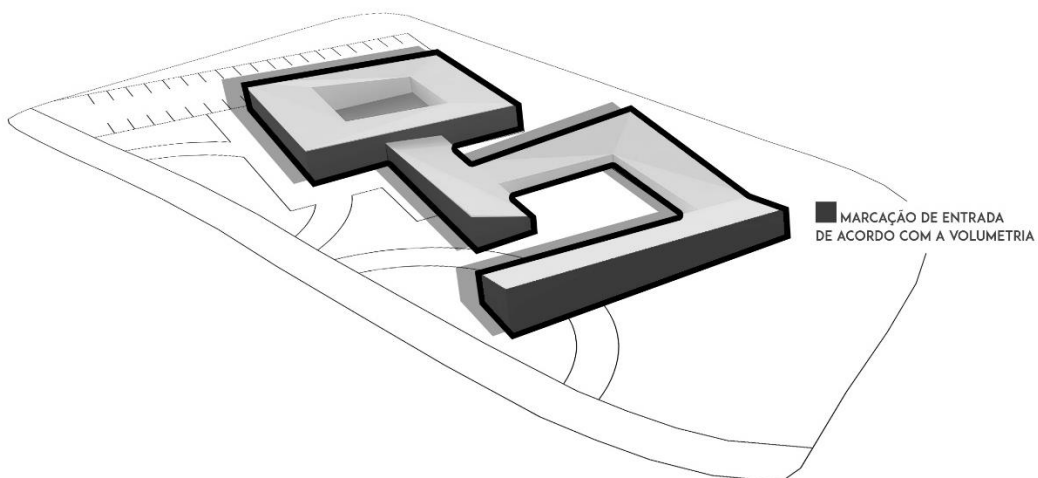


FONTE: ELABORADO PELO AUTOR, 2017

MARCAÇÃO DA ENTRADA

Com espaços funcionais a edificação possui uma marcação de acessos bem marcados por consequência das alturas propostas que demarcam os acessos de urgência, de atendimento primário e do administrativo, minimizando os conflitos entre os setores e garantindo uma ambiência acolhedora e de fácil entendimento em todos os espaços.

FIGURA 32 - SETORIZAÇÃO E FLUXOS DA UPA



FONTE: ELABORADO PELO AUTOR, 2017

SUSTENTABILIDADE

Por possuir uma aparência simples o projeto irá buscar um coerente sistema de proteção ambiental. Em seus pátios internos busca-se manter piscina de água pluvial tratada, fonte de ar fresco e úmido, além de luz fria. Nas fachadas busca-se introduzir sistemas de fachada dupla que irá funcionar como um véu e frasco aliados a cobogós e peles de vidros que terão por função preservar a umidade e bloquear o ruído exterior. O sombreamento do prédio ficará por conta de brises soleil e também por consequência de sua volumetria. Tais sistemas permitem uma eficiência na gestão de recursos e dispensa o condicionamento artificial do ar.

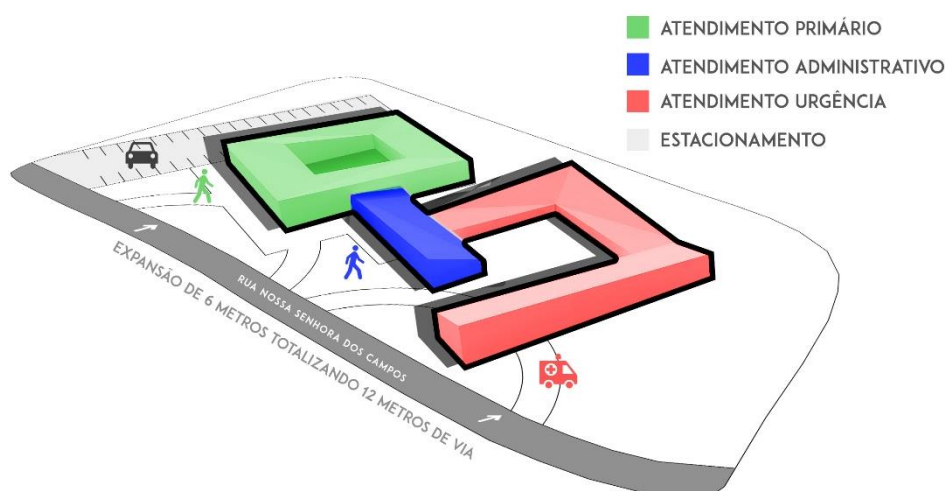
PROGRAMA DE NECESSIDADES DIFERENCIADO

A Unidade de Pronto Atendimento serão dotadas do programa padrão do Ministério da Saúde para uma Upa Porte II aliado a uma série de programas educacionais e de recuperação dos usuários. Os programas educacionais serão caracterizados pelo desenvolvimento de atividades profissionais e acadêmicas nas áreas médica, paramédica e administrativa, que irão proporcionar o intercâmbio de informações, conhecimentos e experiências compatíveis com as áreas de atuação da UPA, tendo como objetivo proporcionar atividades de formação por meio do contato com as práticas relacionadas à reabilitação e ao trabalho interdisciplinar, num ambiente profissional que favorece a troca de conhecimentos sobre os procedimentos, recursos tecnológicos, princípios filosóficos e métodos de trabalho adotados. Programas de prevenções também serão adotado por meio de palestras, folders, orientações com conteúdo referentes às lesões decorrentes da fragilidade do corpo humano diante da violência no trânsito, dos acidentes por mergulho, dos acidentes domésticos e também orientações sexuais norteando a população a uma melhor qualidade de vida. Os programas com relação as atividades de reabilitação serão responsáveis por tratar ou atenuar as incapacidades causadas por doenças crônicas, sequelas neurológicas ou lesões derivadas da gestação e do parto, acidentes de trânsito e de trabalho.

ACESSOS E ESTACIONAMENTOS

O acesso principal se dá pela Rua Nossa Senhora dos Campos ao qual atualmente possui 4 metros e será alargada para 12 metros para melhor viabilização de acessos de ambulâncias, pedestres e veículos domésticos. Esta mesma rua está localizada a baía de embarque e desembarque de passageiros aos atendimentos primários e administrativos e também o acesso de urgência que será aliada ao SAMU. Para os veículos de acompanhantes e usuários destinado a reabilitada, foi previsto o estacionamento ao lado que também poderá ser acessado pela Rua Nossa Senhora dos Campos. De acordo com o Plano Diretor do Município, são previstas 01 vagas/unidade habitacional e 01 vagas/35m² do setor comercial, desta forma o estacionamento prevê vagas respeitando o plano diretor de Lages.

FIGURA 33 - ENTRADAS E EXPANSÃO DA VIA



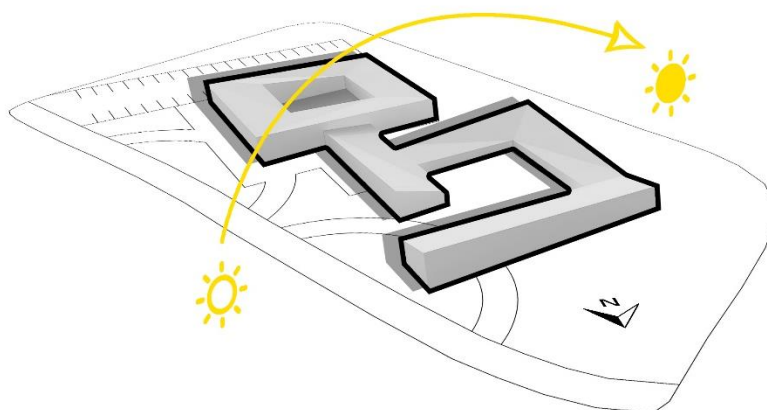
FONTE: ELABORADO PELO AUTOR, 2017

ORIENTAÇÃO SOLAR

Com o clima do município de Lages favorece a inserção de fachadas voltadas ao Norte, dentro do partido foi proposto uma setorização que valorizasse a humanização em prol da orientação solar, de maneira que os setores voltados a esta fachada se dão pelo atendimento de urgência, recuperação de pacientes, leitos, salas de esperas, atendimentos terapêuticos, pronto atendimento e procedimentos. Proporcionando uma humanização, beneficiando tanto os

pacientes por meio de sua recuperação, quanto a equipe médica, com espaços iluminados e de atmosfera introspectiva.

FIGURA 34 - ORIENTAÇÃO SOLAR



FONTE: ELABORADO PELO AUTOR, 2017

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste TCC partiu do desejo pessoal de buscar, na arquitetura, alternativas de proporcionar melhor qualidade na saúde de Lages e região, haja vista a experiência pessoal de contato com a arquitetura hospitalar do município por meio do estágio da Arquitetura e Urbanismo.

A procura por referências diretas e indiretas apontou a existências de espaços de diversos tipos destinados ao atendimento de urgência. No entanto, todos eles projetados obedecendo ao padrão estabelecido no Ministério da Saúde ao qual não possuía uma preocupação com relação a humanização do edifício hospitalar, o que reforçou a ideia de que este tipo de empreendimento ao qual é capacitado o atendimento de urgência, quanto o atendimento primário de saúde a necessidade de humanização.

Levando em consideração que a qualidade de vida e a saúde está relacionado a diversos fatores, dentre os quais estão o ambiente e suas relações, busca-se entre neste partido promover uma unidade de pronto atendimento no município de Lages que supra as necessidades de urgência da população, diminuindo as filas nos prontos-socorros e hospitais. Oferecendo uma estrutura inovadora e qualificada para seus usuários

No desenvolvimento do partido arquitetônico foram levados em consideração principalmente as referências estudadas, a partir de então foram definidos o conceito de pátio e sua organização em blocos, levando em consideração a permeabilidade visual, humanização, acessibilidade e integração social.

Ao fim deste Trabalho de Conclusão de Curso, me encontro cada vez mais convicto da necessidade de uma arquitetura hospitalar voltada para as pessoas, com base no bem-estar social e na humanização Funcional. De maneira que o arquiteto possui esta capacidade de produzir espaços que contribuam para a melhoria e qualidade de vida das pessoas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. NBR 9050. Rio de Janeiro: ABNT, 2004.

ARCHDAILY. Archdaily: O site de arquitetura mais visitado do mundo. Disponível em: <<http://www.archdaily.com.br/br>>. Acesso em: 13 jun. 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da União [da União da República Federativa do Brasil], Brasília, 20 mar. 2002.

COSTI, M. - A influência da luz e da cor em salas de espera e corredores hospitalares, Editora

CORBELLA, Oscar. Em busca de arquitetura sustentável para os trópicos – conforto ambiental. Rio de Janeiro: Revan, 2003

DAL LAGO, Joceliane et al. ANÁLISE CRÍTICA DOS AMBIENTES HOSPITALARES: : UM ESTUDO DE CASO EM UM HOSPITAL DA REGIÃO DA SERRA GAÚCHA. [S.l.: s.n.], 2012. 16 p. Disponível em: <[http://file:///C:/Users/felip/Downloads/2013_61_6443%20\(1\).pdf](http://file:///C:/Users/felip/Downloads/2013_61_6443%20(1).pdf)>. Acesso em: 03 jul. 2017.

DÉOUX, Suzanne; DÉOUX, Pierre. Ecologia é a saúde: o impacto da deterioração do ambiente na saúde. Lisboa: Instituto Piaget, 1996. EDIPUCRS, 1ª edição, Porto Alegre, 2002, 250 p.

FOUCAULT, M. - Microfísica do Poder, Editora Graal, Rio de Janeiro, 1989.

FORTES, P. A C. MARTINS, C.L. *A ética, a humanização e a saúde da família*. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília: vol. 53, n' especial, dez/2000, p. 31-33.

FREIRE, Márcia Rebouças. A qualidade dos ambientes em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. In: CARVALHO, Antônio Pedro Alves de (Org.) *Temas de arquitetura de estabelecimentos assistenciais de saúde*. Salvador: Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Arquitetura, 2002.

GÓIS, C. W. L. *Biodança: Identidade e Vivência*. Fortaleza: Edições Instituto Paulo Freire do Ceará, 2004

LUKIANCHUKI, Marieli Azoia.; CARAM, Rosana Maria. *Arquitetura Hospitalar e o Conforto Ambiental: Evolução Histórica e Importância na Atualidade*. São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.usp.br/nutau/CD/160.pdf>. Acesso em: 19 de julho de 2014.

MACEACHERN, Malcolm T. (1951), *Hospital organization and management*. Chicago:Physicians Record.

MENDES, E.V. *Atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MIQUELIN, L. C. - *Anatomia dos edifícios hospitalares*, Editora CEDAS, São Paulo, 1992, 241 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – Conferência de Alma Ata, 1978.

SILVA, P. K. A idéia da função para a arquitetura: o hospital e o século XVIII (parte 1/6), 2001. Disponível em <http://www.vitruvius.com.br/arquitextos/arq000/bases/texto052.asp>. Acesso em 18 de Junho de 2017.

SANTOS, Mauro; BURSZTYN, Ivani. **Saúde e Arquitetura, Caminhos para a Humanização dos Ambientes Hospitalares**. Rio de Janeiro: Senac Rio, 2004

TANAKA, O.Y. A porta de entrada do sistema unificado e descentralizado de saúde - SUDS. *Saúde em debate*. N.28.