

**CLÍNICA DE
TRATAMENTO DE FÍSSURA
LÁBIOPALATINA**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO I

ORIENTADORA: TAÍS TREVISAN

ACADÊMICO: GABRIEL OLIVEIRA CORDOVA

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACVEST—ARQUITETURA E URBANISMO

LAGES(SC), JULHO DE 2017

SUMÁRIO

1. Introdução
2. Objetivo Geral
 - 2.1 Objetivo Específico
3. Justificativa
4. Fissura Lábiopalatina
 - 4.1 Causas
 - 4.2 Tipos de fissuras
 - 4.3 Tratamento
 - 4.3.1 Procedimentos
 - 4.4 Dia de Conscientização sobre a Fissura Lábiopalatina
5. Arquitetura e Medicina
 - 5.1 Arquitetura como Forma de Tratamento Terapêutico
 - 5.2 Influência das Cores, Luz Natural e Decoração no Tratamento Terapêutico
 - 5.2.1 Psicologia das Cores na Arquitetura
 - 5.2.1.1 Cores e Seus Efeitos
 - 5.2.1.2 Cores e Alterações de Comportamento
6. Normas Técnicas
 - 6.1 NBR 9050:2015 Acessibilidade
 - 6.1.1 Área para Manobra de Cadeiras de Rodas Sem Deslocamento
 - 6.1.2 Sinalização de Portas e Passagens
 - 6.1.3 Corredores
 - 6.1.4 Portas
 - 6.1.5. Sanitário Coletivo
 - 6.1.6 Boxes Comuns
 - 6.1.7 Mesas ou Superfícies de Refeição
 - 6.1.8 Restaurantes, Refeitórios, Bares e Similares
 - 6.1.9 Locais de Hospedagens
 - 6.1.10 Serviços de Saúde
 - 6.2. Resolução RDC Nº 306, Regulamento Técnico para o Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde
 - 6.2.1 Manejo
 - 6.2.2 Segregação
 - 6.2.3 Armazenamento Temporário
 - 6.2.4 Identificação
 - 6.2.5 Armazenamento Temporário
 - 6.2.6 Coleta e Transporte Externo
 - 6.3 Resolução – RE/ANVISA nº 9:2003 Qualidade de ar interior
 - 6.3.1 Definições
 - 6.3.2 Padrões Referenciais
7. Referencial Programático
 - 7.1 Fundef, Lajeado (RS)
 - 7.1.1 História
 - 7.1.2 Abrangência
 - 7.1.3 Resolução CIB 119/10
 - 7.1.4 Entidades Parceiras
 - 7.1.4.1 Smile Train
 - 7.1.4.2 Missão Médica Internacional
 - 7.2 Centrinho Prefeito Luiz Gomes, Joinville (SC)
 - 7.2.1 Profis Joinville
 - 7.2.2 Abrangência
 - 7.2.3 Peril dos Pacientes
8. Referencial Projetual
 - 8.1 Hospital da Fundef
 - 8.2 Otoplena Clínica
 - 8.3 Pavilhão do Hospital Geral de Toledo
 - 8.4 Hospital Infantil Lady Cilento
9. Diagnóstico
 - 9.1 Dados da Cidade
 - 9.2 Análise Viária
 - 9.3 Condicionante Climático
 - 9.4 Zoneamento
 - 9.5 Implantação
10. Proposta
11. Referências Bibliográficas

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO I

CLÍNICA DE TRATAMENTO DE FÍSSURA LÁBIOPALATINA

ACADÊMICO: GABRIEL OLIVEIRA CORDOVA

ORIENTADORA: TAÍS TREVISAN

1. INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso, sob orientação da professora Msc. Taís Trevisan. Tem como intuito aprofundar o estudo sobre o tratamento da fissura lábio palatal, para a formação do partido geral de uma clínica de tratamento de fissura Lábiopalatina projetada para se instalar em Lages (SC).

A ideia surgiu para atender a necessidade de tratamento para as pessoas das regiões oeste, meio oeste e serra catarinense.

2. OBJETIVO GERAL

Desenvolver o partido geral de uma clínica de Tratamento de fissura Lábiopalatina.

2.1 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Compreender as necessidades da criança, jovem e adulto que tem a fissura.
- Proporcionar um local adequado para o tratamento da fissura lábiopalatina. De tal forma que seu desenho e implantação contemplem a integração deste equipamento com a vida da comunidade local.
- Proporcionar um local para o desenvolvimento motor, social e psicológico.

3. JUSTIFICATIVA

No Brasil, a estimativa é de que 1 em cada 650 crianças nascem com alguma fissura, podendo ser labial, palatal ou palato labial. Enquanto na região sul brasileira a estimativa é de que 11 a cada 10.000 crianças, segundo o Estudo Colaborativo Latino Americano de Malformações Congênitas.

A busca pelo tratamento da fissura lábiopalatina se dá desde cedo, uma vez que é

possível ser diagnosticado nos exames de ultrassom entre a 7ª–12ª semana de gestação.

Na região sul brasileira o tratamento há nas cidades de Londrina (PR), Joinville (SC), Lajeado, Canoas, Porto Alegre (RS). A implantação da clínica em Lages (SC), visa facilitar a busca pelo tratamento no estado de Santa Catarina, uma vez que o tratamento há apenas em Joinville.

Com a clínica em Lages, visa diminuir significativamente a distância do tratamento dos pacientes das regiões serrana, oeste, meio oeste e até atender pacientes do estado do Rio Grande do Sul. Além de tratar a fissura labiopalatal, será proporcional local de acolhida, como maior parte dos pacientes são crianças e adultos de outras cidades e regiões, que precisaram de um local para estada durante os processos pré e pós operatórios, e tratamento psicológico para os pacientes.

Oferecendo serviços de fonoaudiologia, fisioterapia, nutricionista, odontologia, otorrinolaringologia, pedagogia, pediatria, psicologia, serviço social e traumatologia.

As relações estabelecidas entre as pessoas e o ambiente no qual interagem são de extrema importância para a estruturação do modo como estas se relacionam com o mundo, com outras pessoas e consigo mesmas (MANHÃES, 2015).

4. FISSURA LABIOPALATINA

A face humana é a consequência do crescimento e união de dois processos bilaterais separados – o processo maxilar e mandibular e um processo frontonasal. O lábio, gengiva superiores e o palato desenvolvem-se separadamente, com os tecidos crescendo um em direção ao outro, e acabam se juntando no meio. A fissura do palato liga a boca ao nariz.

As fissuras Lábiopalatinas são malformações congênitas caracterizadas pela descontinuidade das estruturas do lábio, palato ou ambos. Essas lesões ocorrem em diferentes posições da face e com extensão variável. As consequências são indefinidas, podendo causar dificuldades na alimentação, no ganho de peso, problemas na arcada dentária, no crescimento e desenvolvimento harmônico da face, na fala, na adaptação e desempenho social. A malformação ocorre no período embrionário (da 3ª a 8ª semana de vida intrauterina) e no início do período fetal (7ª a 12ª semana intra-útero), por deficiência ou falta de

fusão entre os processos facial e palatinos primário e secundário (FONTES, 2001; RODRIGUES, 2005; FREITAS SILVA FILHO, 2007).

A partir da migração das células da crista neural se forma o tecido conectivo e o esqueleto da face (terceira semana de gestação). A falha da fusão do processo fronto-nasal com o processo maxilar que ocorre entre a quarta e a oitava semana do desenvolvimento embrionário ocasiona a fenda labial. A falha de penetração do tecido mesodérmico no sulco ectodérmico na linha média do palato posterior a lateral da pré-maxila ocasiona a fissura palatina (RIBEIRO et al, 2004).

Os estudos de Fogh-Andersen (1942), confirmados por outros autores, mostram preferência pelo lado esquerdo nas fissuras labiais, predominância pelo sexo masculino nas fissuras lábio-palatinas e pelo feminino nas fissuras isoladas de palato.

A fissura pode ser diagnosticada através do ultrassom, ainda no período pré-natal, a partir da décima quarta semana de gestação (RIBEIRO et al, 2004), este é de extrema importância para diagnóstico, pois reside na adequação psicológica e social da família ao aconselhamento, orientações e medidas terapêuticas a serem implementadas pelas equipes interdisciplinares. (MATTOS et al, 2007).

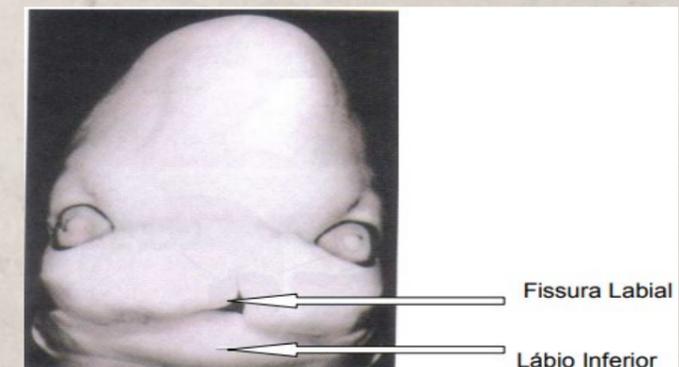


Figura 1—Face de um embrião (cerca de 51 dias) Fonte: Moore, 2004, p. 261.

É evidente que um defeito físico nas estruturas da face e boca tem grande influência sobre o desenvolvimento articulatório. A presença de fissura Lábiopalatina pode acarretar problemas psicossociais, auditivos, da alimentação e distúrbios de fala (MITUUTI et al, 2010).

4.1 CAUSAS

O stress materno também pode ser considerado um fator genético como salientou Rocha (1990), sendo a relação da condição que o stress emocional tem no desenvolvimento das fissuras Lábiopalatinas estarem associadas a uma descarga anormal de cortisona, podendo este hormônio causar malformações congênitas. Ainda não se sabe ao certo quais são os fatores que causam a fissura. Mas sabe-se que os seguintes fatores ambientais que podem acarretar a fissura como, álcool, fumo, e hereditariedade e outros fatores:

A. Infecções: a capacidade teratogênica parece demonstrada para a Rubéola e para a Toxoplasmose; comprovada, suficientemente, para a Varíola e o Herpes Zoster; e suspeita para o Sarampo e Varicela.

B. Nutricionais: têm uma pequena parcela etiológica nas fissuras palatinas. A deficiência de ácido fólico alteraria a multiplicação das células neurais e modificaria a formação do mesênquima da face

C. Medicamentos: a talidomida e aminopterina, de alguma forma, contribuem na gênese das fissuras labiopalatais. Os anticonvulsivantes, segundo pesquisa, apresentam com grande frequência indivíduos com fissura. Seu efeito teratogênico consiste em reduzir o nível de ácido fólico, que pode estar associado às malformações congênitas.

D. Radiação: os raios-x e ultravioleta têm sido considerados fatores ambientais importantes na gênese das fissuras.

4.3 TIPOS DE FISSURA

As fissuras labiopalatinas podem ser classificadas de diversas formas, conforme suas alterações. A classificação de SPINA et al (1972) que tem como ponto de referência anatômico o forame incisivo, dividindo as fissuras em quatro grupos

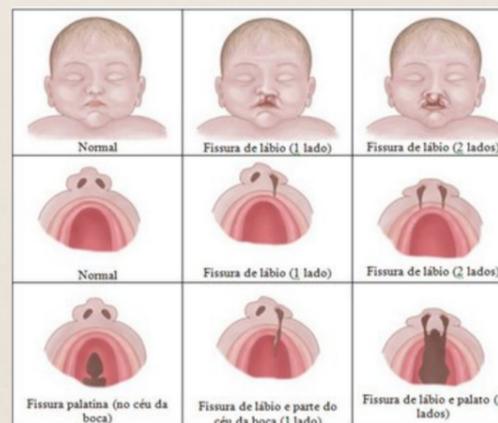


Figura 2—Tipos de fissuras labiais

• **Grupo pré-forame incisivo:** onde embriologicamente envolve uma falha na fusão entre pré-maxila (segmento intermaxilar) e os processos palatinos. Esta falha pode ser uni ou bilateral e de extensão variável, completa ou incompleta (fissura labial, lábio e arcada alveolar, até o forame incisivo).

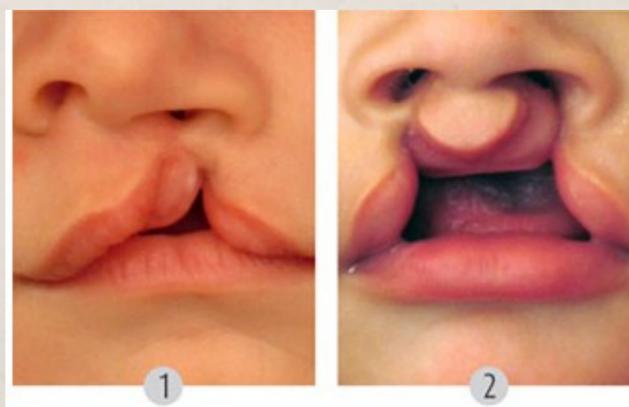


Figura 3—Fissura Pré-forame incisivo

• **Grupo transforame incisivo,** onde embriologicamente estas fissuras apresentam uma extensão bem mais ampla que as do grupo pré-forame incisivo. Elas envolvem uma falha de fusão dos processos palatinos entre si e destes com o segmento intermaxilar, ocasionando a comunicação entre as cavidades nasal e oral, sendo as fissuras uni ou bilaterais (fissura labial + palatina).

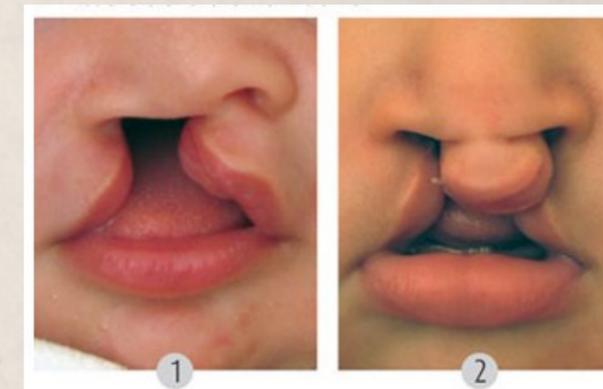


Figura 4—Fissura Transforame Incisivo

• Grupo pós-forame incisivo, onde embriologicamente envolve uma falta de fusão entre os processos palatinos, podendo ser completas e incompletas, ressaltando que elas jamais se estendem anteriormente ao forame incisivo.



Figura 5—Fissura Pós- Forame

• Grupo das fissuras raras da face: neste grupo estão englobadas fissuras do tipo oblíqua, transversa, do lábio inferior, no nariz, entre outras. (MONTAGNOLI et al, 2005; ROCHA et al, 1990).



Figura 6—Fissura rara da face

4.4 TRATAMENTO

O tratamento pode ser curto ou longo, de acordo com o crescimento ósseo, desenvolvimento do paciente, da complexidade das alterações e da adesão ao tratamento do paciente e sua família. Os procedimentos cirúrgicos ocorrem no tempo adequado, conforme o crescimento e as condições clínicas do paciente, sempre em busca do melhor resultado estético, anatômico e funcional.

As anomalias craniofaciais, a equipe multidisciplinar deve incluir profissionais das áreas de anestesia, pediatria, otorrinolaringologia, imagenologia, genética, neurologia, neurocirurgia, enfermagem, oftalmologia, cirurgia oral e maxilofacial, ortodontia, odontopediatria, cirurgia plástica, fonoaudiologia, prótese, psiquiatria, psicologia e assistência social (MATTOS et al, 2007).

O Programa de Reabilitação compõem-se de várias etapas, desde o nascimento até a fase adulta:

1º - Avaliação, diagnóstico e orientações;

2º - Pré-cirúrgica

3º - Cirurgias primárias

4º - Pós-cirúrgica

5º - Odontologia (odontopediatria, ortodontia e bucomaxilofacial)

6º - Fonoaudiologia e áreas complementares

7º - Cirurgias secundárias

4.4.1 PROCEDIMENTOS

Com as informações disponíveis no website da Fundação Fundef, foi possível conhecer a atuação dos profissionais da saúde durante o tratamento. Segundo as informações disponíveis no site, as atuações são as seguintes:

“CIRURGIA: A equipe é responsável por diagnosticar o tipo de fissura e traçar um roteiro de tratamento, que se inicia com a cirurgia de fechamento do lábio a partir dos três meses de idade. A partir dos 12 meses é realizada a cirurgia para fechamento do palato. Ao longo de todo o tratamento reabilitador, realiza acompanhamentos e cirurgias complementares como alongamento de columela, revisão de lábio, entre

outras, e após a conclusão do tratamento ortodôntico são realizadas as cirurgias plásticas como rinoplastia e labioplastia.

ENFERMAGEM: Realiza consulta ao paciente e sua família, direcionando o olhar para as necessidades básicas do paciente. Vinculada a equipe interdisciplinar, tem como foco a assistência de enfermagem utilizando os conceitos de autocuidado possibilitando o estímulo à participação ativa dos cuidadores nas ações do cuidado. Faz diagnóstico de enfermagem, prescreve cuidados direcionados as necessidades do paciente e sua família, esclarece dúvidas sobre rotinas cirúrgicas, alimentação, higiene oral entre outras. Trabalha em conjunto com a rede de atendimento ao paciente realizando acompanhamento dos encaminhamentos solicitados. Presta atendimento à gestante. Acompanha o paciente e a família em todas as etapas do processo de reabilitação.

FISIOTERAPIA: Integrada com os demais setores, a fisioterapia tem na sua peculiaridade técnicas especiais para os problemas motores, posturais, respiratórios e também pré e pós-operatórios. Acompanha principalmente crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor.

FONOAUDIOLOGIA: Atende os pacientes em todas as etapas do tratamento. Orienta o grupo de pais quanto a alimentação, audição, linguagem, voz/articulação, desenvolvimento psicomotor e cognitivo. Realiza avaliação e acompanhamento orientando os aspectos da linguagem, fala/articulação, voz e do sistema sensorio-motor-oral dos pacientes. Analisa a qualidade e a ressonância vocal. Faz avaliação audiológica composta por pesquisa dos limites auditivos, imitanciométrica e logaudiometria. Encaminha o paciente, quando necessário, para fonoterapia no município de origem, auxiliando os profissionais com informações sobre o tratamento e orientações para o progresso da fonoterapia.

NUTRIÇÃO: Com foco especial aos recém-nascidos, bebês, pacientes que utilizam sonda de alimentação e apresentam baixo peso, avaliando o seu estado nutricional. Orienta quanto à amamentação, alimentação, importância dos nutrientes para o desenvolvimento físico e cognitivo, ganho ponderal e cuidados no pré e pós-operatório. Auxilia o setor de cirurgia no planejamento de dietas pré e pós operatórias.

ODONTOLOGIA: Abrange a odontologia geral, odontopediatria, reabilitação protética (protesista), ortodontia, bucomaxilofacial e laboratório especializado em aparelhos e pró-

teses. A odontologia tem papel fundamental na reabilitação, sendo uma das etapas mais longas no tratamento do paciente, pois as malformações de lábio e/ou palato ocasionam alterações na cavidade bucal que precisam de atenção especial. Além disso, o tratamento desses pacientes está diretamente relacionado à boa condição bucal, para a realização das cirurgias. Esses cuidados são iniciados antes mesmo do surgimento dos primeiros dentes com o odontopediatra, que institui cuidados básicos de higiene bucal. A ortodontia é a especialidade da odontologia que trata e corrige a posição dos dentes. O tratamento ortodôntico é iniciado por volta dos cinco a seis anos de idade na dentadura mista.

A ortodontia é a especialidade da odontologia que trata e corrige a posição dos dentes. O tratamento ortodôntico é iniciado por volta dos cinco a seis anos de idade na dentadura mista.

A área da bucomaxilofacial atua com a ortodontia, corrige a posição dos ossos maxilares que podem crescer de forma inadequada, acompanhando o paciente desde os quatro anos de idade, realizando cirurgias de enxerto ósseo, reposicionamento de pré-maxila, cirurgias ortognáticas e implantes dentários.

O protesista tem papel fundamental na finalização do tratamento dentário realizando prótese total (dentadura), PPR (prótese parcial removível), PF (prótese fixa), prótese sobre implante e prótese de palato.

Os aparelhos para ortodontia e para prótese são confeccionados pela protética em nosso próprio laboratório.

OTORRINOLARINGOLOGIA: Realiza avaliação, tratamento e acompanhamento do paciente com fissura durante todo o processo de reabilitação do mesmo, pois as disfunções auditivas são muito frequentes e necessitam de muita atenção, desde o diagnóstico precoce das perdas auditivas, passando pelos tratamentos cirúrgicos otológicos, quando necessários e por fim, com o acompanhamento clínico pós-operatório.

O médico Otorrinolaringologista realiza também tratamentos clínicos e cirúrgicos do nariz e da garganta, os quais são muito prevalentes nos pacientes com fissura. Ele participa de equipe de avaliação da disfunção velofaríngea, ajudando na avaliação e tratamento dos distúrbios da fala.

PEDAGOGIA: Atende pacientes em idade escolar, promovendo integração entre os mesmos. Organiza atividades com o propósito de melhorar a autoestima e o rendimento do paciente na escola e sua inserção na sociedade.

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO I

CLÍNICA DE TRATAMENTO DE FÍSSURA LÁBIOPALATINA

ACADÊMICO: GABRIEL OLIVEIRA CORDOVA

ORIENTADORA: TAÍS TREVISAN

5

PEDIATRIA: Presta atendimento específico ao pré cirúrgico e pacientes novos, avaliando o estado de saúde da criança. Orienta a família quanto ao diagnóstico, em relação ao desenvolvimento neuro-motor, o crescimento, o controle do ganho de peso, como evitar as doenças e a importância das vacinas. O pediatra verifica se existem doenças que possam impedir a realização de cirurgias e encaminha o paciente para atendimento especializado. As crianças devem manter acompanhamento de pediatra na cidade de origem.

PSICOLOGIA: Oferece acompanhamento para pacientes e familiares, prestando apoio e, orientações e, quando se faz necessário, são encaminhados para tratamento psicoterápico em seus municípios. O acompanhamento ocorre de forma periódica conforme a faixa etária e a necessidade de cada paciente.

O trabalho psicológico com familiares e pacientes é indispensável para que estes possam enfrentar as etapas do tratamento com mais tranquilidade. Dessa forma, é possível atender as necessidades e dificuldades que possam vir a surgir durante este processo.

SERVIÇO SOCIAL: Na primeira consulta, acolhe e informa aos pacientes e familiares como será a sequência do tratamento. Avalia as condições socioeconômicas familiares. Viabiliza o acesso ao tratamento, mobilizando recursos e a rede como um todo. O profissional atua como um mediador entre o paciente e as políticas públicas existentes que visam à defesa dos direitos humanos. Acompanha as rotinas de deslocamento e permanência durante internações cirúrgicas e atendimentos ambulatoriais, esclarecendo dúvidas e buscando soluções que favoreçam o tratamento.

TRAUMATOLOGIA: Trabalha em conjunto com o cirurgião bucomaxilofacial, na realização de cirurgias de enxerto ósseo e cirurgias ortognáticas.”

4.5 DIA DE CONSCIENTIZAÇÃO SOBRE A

FISSURA LABIOPALATINA

Em 20 de Junho de 2017, o deputado estadual Neodi Saretta (PT/SC), criou um projeto de lei (PL./0203.0/2017), onde constitui o Dia de Conscientização sobre a Fissura Lábiopalatina, no dia 24 de junho. Com os artigos:

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO I

CLÍNICA DE TRATAMENTO DE FÍSSURA LÁBIOPALATINA

“!Art 1º Fica instituído o Dia de Conscientização sobre a Fissura Labiopalatal, a ser comemorado, anualmente, no dia 24 de junho, no Estado de Santa Catarina.

Art 2º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.”

Com as justificativas apresentadas:

“O presente projeto tem por finalidade declarar o dia 24 de junho como um dia estadual de Conscientização sobre a Fissura Lábiopalatina, no estado de Santa Catarina. Especialistas da área classificam as fissuras Lábiopalatinas como mal-formações congênitas faciais que se dão através de uma abertura/ruptura na região do lábio e/ou palato, ocasionada pelo não fechamento dessas estruturas, que ocorre durante a formação e desenvolvimento do feto, entre a quarta e a oitava semana de vida intrauterina, tendo origem no aparelho branquial ou faringiano e seus derivados.

Há indicações de que os primeiros relatos de casos de fissura labial remontam ao século I da Era Cristã. Ao longo dos tempos, houve várias tentativas de descrever a etiologia deste tipo de malformação, embora o real progresso do conhecimento e dos procedimentos terapêuticos avançou nas últimas décadas.

Segundo dados do Ministério da Saúde, uma em cada 700 mil crianças que nascem no mundo pode apresentar a fissura. No Brasil, a proporção é de uma para cada 650 nascimentos, segundo informações do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC/Centrinho), da Universidade de São Paulo (USP). Ao todo, 28 hospitais no país fazem o atendimento especializado para o tratamento das fissuras.

Logo após o diagnóstico, a família deve ser encaminhada a um Centro Especializado para acompanhamento. O quadro clínico dessas fissuras é bem variado, desde uma forma leve como um entalhe no vermelhão do lábio até tipos de fendas bem complexas como as que acometem o lábio e o palato, com o comprometimento da estética, dentição, audição e fala.

Diante do exposto, a partir de sugestões e debates trazidos a tona em Santa Catarina pelas Associações de Portadores de Fissuras Labiopalatais (Profis) em Santa Catarina, sugeriu-se o dia 24 de junho como o dia estadual de Conscientização sobre a Fissura Lábiopalatina. A sugestão do dia parte da unificação do movimento de conscientização que já sugeriu a mesma data em diversos outros lugares do país.

Dito isso, e visto a relevância da proposta, espero contar com o apoio dos

ACADÊMICO: GABRIEL OLIVEIRA CORDOVA

ORIENTADORA: TAÍS TREVISAN

nobres Parlamentares para a aprovação do presente projeto de lei.”

Ainda em 2017, no dia 06 de Dezembro. O deputado federal Pedro Uczai (PT/SC) protocolou um Projeto de Lei (PL 9282/17) que institui o Dia Nacional de Conscientização Sobre a Fissura Lábiopalatina. A data escolhida para marcar o dia da conscientização foi escolhida por ser comemorado o aniversário do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da USP/Bauru, um dos mais preparados centros médicos do país para tratar da fissura Lábiopalatina. Com os artigos:

“Art. 1º Fica instituído o Dia Nacional de Conscientização sobre a Fissura Lábiopalatina, a ser celebrado anualmente no dia 24 de junho.

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.”

Sob as justificativas:

“A fissura Lábiopalatina é uma malformação congênita que afeta, no Brasil, uma criança em cada 650 nascimentos. O que geralmente ocorre nestes casos é a existência de uma abertura no céu da boca, ou uma fissura no lábio superior, que pode ocorrer em vários graus, chegando algumas vezes até a afetar o nariz.

A presença desta doença é um fator de risco muito relevante para o surgimento de dificuldades na amamentação, além de ter efeitos estéticos que podem levar a distúrbios emocionais e sofrimento. O tratamento e o acompanhamento são realizados por equipe multidisciplinar, e o Brasil tem reconhecida experiência nesta área.

Considerando a frequência e os efeitos desta doença, entende-se que seria muito justa a criação de um Dia Nacional de Conscientização sobre a Fissura Lábiopalatina. Isso favoreceria a divulgação de informações sobre esta malformação, contribuindo para a redução do preconceito.

O paciente com fissura Lábiopalatina precisa ter o reconhecimento devido pelo poder público, permitindo que tenha acesso ao tratamento e reabilitação, valorizando sua dignidade.

Pelo exposto, peço o apoio dos nobres colegas Parlamentares na aprovação deste Projeto de Lei.”

5. ARQUITETURA E MEDICINA

“Muito antes que a medicina, a arquitetura foi a primeira arte a ocupar-se do hospital. A ideia de que o doente necessita de cuidados e abrigo é anterior à possibilidade de lhe dispensar tratamento médico (...) Templos, conventos e mosteiros foram as primeiras instituições a recolher doentes e providenciar-lhes atenções especiais, como no culto a Asclépio, na Grécia Antiga.” (ANTUNES, 1989, p. 227/228).

A ligação entre arquitetura e a medicina existe, mas pouca gente conhece. Para poder fazer essa relação no presente trabalho, é preciso saber o que é entendido como saúde.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu em 1946 que saúde é “estado de completo bem estar físico, mental e social, e não meramente ausência de doença ou incapacidade”.

Já a Constituição Federal Brasileira de 1988 no artigo 196 define como: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviço para sua promoção, proteção e recuperação”.

Enquanto do dicionário Michaelis de língua portuguesa, denota saúde como “1- Bom estado das funções orgânicas, físicas e mentais. 2-Qualidade do que é sadio ou são. 3- Vigor. 4- Força, robustez. 5- Brinde ou saudação que se faz bebendo à saúde de alguém. *interj.* Palavra que se utiliza para desejar saúde de alguém que espirra.”

Em ambas as definições de saúde, está presente o bem estar social e mental. Assim entendesse que a promoção da saúde não depende apenas das áreas afins e serviços médicos, dependendo também de medidas econômicas e sociais, é nesse ponto que a arquitetura entra.

Para o médico professor da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) Dr. Paulo Saldiva, “pessoas as quais residem a até 500 metros de distância

de um parque ou área verde, possuem propensão 30% menor a enfartar. (...) Esse percentual é maior, inclusive, do que o promovido pelas drogas mais sofisticadas para evitar o enfarto.”. Assim entra o papel do arquiteto e urbanista, tendo o conhecimento suficiente para idealizar, projetar e executar construções. E são nessas construções que o arquiteto pode fazer a diferença, oferecendo o verde, o sustentável, projetando residências adaptadas e ecologicamente corretas de forma cada vez mais abrangente. (Portal 44 Arquitetura, 2016).

5.1 ARQUITETURA COMO FORMA DE TRATAMENTO

“Com decisões **estruturais** e **decorativas** que humanizam espaços de tratamento, o maior objetivo é fazer com que os pacientes possam se sentir como se estivessem em casa, influenciando diretamente o processo de cura.” (CAVALCANTE, 2016)

A ideia da arquitetura ser uma aliada no auxílio ao tratamento terapêutico, é recente, sendo um instrumento de suporte entre a necessidade humana e artefato físico.

O Governo Federal Brasileiro, em 2001 instituiu o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), com o objetivo de proporcionar melhores condições de atendimento, independente da doença ou condição de quem está hospitalizado.

A partir da afirmação de Florence Nightingale, precursora da enfermagem moderna, influenciou a organização hospitalar em qualquer instituição de saúde “(...) embora pareça estranho, é importante estabelecer que a primeira condição para o funcionamento de um hospital é que ele não cause nenhum mal ao paciente.” (NIGHTINGALE-apud MIQUELIN, 1982, pag 27).

Para que o paciente desenvolva o bom andamento ao tratamento terapêutico, é necessário desenvolver um ambiente favorável ao estímulo de sentimentos agradáveis. (...) A importância de um projeto arquitetônico bem estruturado, responsabilidade do

arquiteto adequar o ambiente às necessidades do usuário. Não podemos generalizar a humanização dos espaços, pois cada paciente tem sua necessidade e responde de uma maneira. (LIMA, Lidia Nascimento. MESQUITA, Adailson)

No Hospital de Yale—New Haven/USA, foi questionado aos pacientes, o que mais lhes agradava no hospital que estavam internados. A resposta foi praticamente unânime: “as janelas”. O contato com o exterior, com a vida urbana, condições naturais da chuva e vento e com as modificações nas nuvens. O contato com as janelas, além do contato com o exterior, também está associado com a redução do nível de stress e da pressão arterial.

Pesquisas indicam que ter contato com árvores, gramas, flores e água que flui, mesmo que seja por uma janela. Tem a capacidade de acalmar e distrair os pacientes. Lhes oferecendo uma “trégua mental”.

Enquanto a ausência desses elementos gera o contrário, altos níveis de stress e podendo causar até depressão. Quando o paciente está internado, ele fica em uma atmosfera desconhecida. O que pode gerar sentimentos de medo, desgosto e abandono ao paciente.

Um exemplo de um partido arquitetônico hospitalar, que é considerado um dos primeiros a seguir esses conceitos, é o Hospital Pediátrico, Robert-Debré, projetado pelo arquiteto Pierre Riboulet, inaugurado em 1988, situado em Paris.

O partido buscou romper o hospital tradicional através da sua relação entre o espaço público e o espaço do hospital.



Figura 7—Vista aérea do Hospital Infantil Robert Debré

5.2 INFLUÊNCIA DAS CORES E DECORAÇÃO NO TRATAMENTO TERAPÊUTICO

“Sobre o indivíduo que recebe a comunicação visual, a cor exerce uma ação triplíce: a de impressionar, a de expressar e a de construir. A cor é vista: impressiona a retina. É sentida: provoca uma emoção. E é construtiva, pois, tendo um significado próprio, tem valor de símbolo e capacidade, portanto, de construir uma linguagem que comunique uma ideia” (FARINA, 1990, p.27).

No tratamento e prevenção de doenças, o uso das cores fundamenta-se no fato de que os órgãos sensoriais têm grande influência na mente, sendo permeáveis ao ser humano de acordo com as informações que recebem (BOCCANERA et al., 2007). As variações sobre a retina afetam as atividades musculares, nervosas e mentais. A ação da cor é específica, e cada uma reage e atrai para o corpo uma corrente de energia vital extraída do próprio ambiente (LIMA e Mesquita, 2016).

Essa sensação pode ser feita a partir da alteração sutil nas cores, trocando o branco por outras cores que transmitam tranquilidade, móveis aconchegantes e salas de exames confortáveis, com música ambiente e/ou imagens inspiradoras, uso de plantas na recepção e corredores, porcelanatos retificados ou pisos resinados, sem emendas.

A arquiteta Eliza Schuchovski do escritório Perfectta, lembra do projeto de arquitetura de interiores que fez para um consultório de acupuntura, onde teve uma liberdade maior para colocar elementos diferentes, uma vez que na clínica não há procedimentos invasivos.

Os profissionais recomendam trabalhar com salas de espera com sequência de no máximo seis assentos e que, de preferência, eles sejam individuais “É muito comum, quando há sofá, uma única pessoa sentada e as demais em pé. É um momento em que se quer conforto e privacidade”, complementa Perry. NOGUEIRA (2016).

Segundo CAVALCANTE (2016), a humanização da arquitetura é importante em

todas as construções, mas torna-se imprescindível na criação de um projeto na área da saúde. [...] Nesse momento de fragilidade é importante que o ambiente seja familiar, acolhedor e agradável, criando uma sensação inconsciente de que somos bem vindos. [...] Para dar início a um projeto humanizado, é necessário analisar o perfil do paciente. É preciso exercitar o “sentir com a pele”. Assim teremos consultórios que terão espaços aconchegantes, que minimizam a ansiedade e que ajudam os profissionais na conquista dos clientes. Quando o ambiente é agradável e aconchegante, o próprio profissional passa a trabalhar com mais prazer.

5.2.1 PSICOLOGIA DAS CORES NA ARQUITETURA

“A cor pode evidenciar um determinado volume ou detalhe construtivo ou mimetizar visualmente determinados aspectos do espaço. Pode propiciar um conjunto de emoções ou efeitos visuais.” PEREIRA. (2018)

Segundo COUTO (2017), no livro A Psicologia das Cores, de Eva Heller, após uma pesquisa realizada com mais de 2.000 pessoas, conseguiram demonstrar que cores e sentimentos não se combinam ao acaso e nem são uma questão de gosto individual—são evidências comuns que desde a infância foram se enraizando em nossa linguagem e pensamento. Para entender o efeito psicológico que uma cor pode causar, é necessário observar o contexto onde ela está inserida, e analisar toda simbologia que pode estar atrelada à ela.

“A cor é um elemento indissociável do nosso cotidiano e exerce especial importância nas Artes Visuais. Na pintura, escultura, arquitetura, moda, cerâmica, artes gráficas, fotografia, cinema, é geradora de emoções e sensações. A cor possui a característica de harmonizar-se com fatores da civilização, evolução do gosto e especialmente pelas influências e diretrizes que a arte marca.” (CARTANA, et al. 2010)

Para entender o efeito psicológico que uma cor pode causar, é necessário observar o contexto onde ela está inserida, e analisar toda simbologia que pode estar atrelada à ela (PEREIRA. 2018). Culturas distintas podem ter diferentes significados para

determinadas cores. A cor vermelha foi utilizada no Império Romano, pelos nazistas e comunistas. Usualmente é também a cor predominante utilizada em redes de alimentação “fastfood”. Outras cores possuem significados diferentes em culturas diferentes. (CARTANA, et al. 2010)

Se aplicarmos uma tonalidade mais escura no forro, cria-se a sensação de pé direito mais baixo; caso aplicarmos a cor na parede central do espaço, cria-se visualmente a ideia de encurtamento espacial; enquanto isso, se aplicada por todas as paredes, há a percepção de alongamento espacial. Se pintadas apenas as paredes laterais do ambiente, denota-se a ideia de estreitamento; de modo contrário, ao pintar a parede central e teto da mesma tonalidade, cria-se a noção de alargamento. Caso deseje a sensação de encurtamento da altura espacial ou ponto de interesse na altura dos olhos do observador, basta pintar todas as superfícies a meia altura, sendo os tons mais escuros nas superfícies superiores. (PEREIRA, 2018)

5.2.1.1 CORES E SEUS EFEITOS

Segundo PEREIRA (2018) E COUTO (2017), pode-se traçar a personalidade da pessoa e qual a sensação transmitida pela cor.

AZUL: Transmite a sensação de positividade, confiança e segurança. É frequentemente utilizada em espaços comerciais e/ou de negócios, como agências bancárias, escritórios e empresas. Sua tonalidade mais clara, traz sensação mais alegre, já em seu tom mais escuro, representa profundidade de sentimento e amplitude ao ambiente. É uma cor refrescante podendo ser usada em lugares quentes. Em lugares frios deve ser evitada.

Personalidade: quem gosta do azul costuma transmitir firmeza e confiança—normalmente não é uma pessoa convencional, sempre se esforça para contribuir com mudanças, tendendo a ser inovador;

AMARELO: Conduz à ideia de otimismo, curiosidade, jovialidade e ambiente-luz. Utilizado frequentemente em espaços comerciais ou restaurantes sob a finalidade de aguçar a atenção do pedestre, e estimular as atividades intelectuais. Ideal para ambientes que necessitam de uma atmosfera positiva. Deve ser bem dosada pelo seu elevado grau de luminosidade, pois pode causar desconforto visual.

Personalidade: são geralmente ativas, e com a mente aberta;

VERMELHO: A cor evidencia energia, excitação, impulso. Por isso, é regularmente empregada em espaços comerciais, como lojas ou fast foods, por exemplo, buscando a ideia de compulsividade e desejo ao consumo. O vermelho provoca sensações diferentes dependendo do grau de saturação. Vermelho escuro causa impressão de seriedade, autoridade e respeito, e ainda de ostentação ao ambiente. Vermelho forte, saturado, é provocante, mas também pode causar a impressão de afeto e estima.

Personalidade: Quem opta pelo vermelho tem temperamento iniciador e pioneiro— prefere conduzir, a ser conduzido e pode ser considerado extrovertido;

VERDE: Evoca calma, tranquilidade, serenidade e bem-estar. É utilizado com regularidade aos espaços ligados à saúde e tratamento, como hospitais, clínicas, spas, etc. Aceita facilmente composições com outras cores. Em seu tom claro torna-se uma cor tranquilizante e até sedativa, podendo ser utilizada em quartos, salas de estar e escritórios. Em seu tom mais escuro pode trazer sensação de seriedade e segurança.

Personalidade: as que optam pelo verde-claro são calmas e com a autoestima elevada;

LARANJA: Como resultado da combinação do amarelo e vermelho, dispõe da ideia de intensidade, criatividade, euforia e entusiasmo. Frequentemente empregado aos ambientes criativos, como escritórios, estúdios e escolas. Se utilizado junto ao azul transmite a ideia de impulsividade junto a confiança, sendo adotado por agências bancárias ou sedes de empresas, por exemplo. É indicado contra baixa vitalidade. Sendo um estimulante físico e mental, alargando a mente e abrindo-a para novas ideias.

Personalidade: Quem prefere laranja preferem ser afetados por aquilo que os outros dizem ou pensam— é muito suscetível e precisa aprender a controlar isto;

VIOLETA: Transmite bem-estar, calma e suavidade. Pode ser empregada em ambientes mais tranquilos, de atividades espirituais ou de meditação, no quarto ou em outro ambiente de relaxamento. Aliado ao dourado transmite riqueza. Em projetos infantis, cores são utilizadas com a finalidade de aguçamento psíquico sensorial da criança.

Personalidade: Costumam inspirar aos demais. Geralmente gostam de atividades artísticas e ligam-se facilmente às demais vibrações das pessoas que o cercam.

MARROM: O marrom é uma boa cor para atividades que exijam concentração, como bibliotecas e escritórios. Transmite a sensação de sobriedade e austeridade. Dependendo da tonalidade, pode ser acolhedor ao ambiente. Transmite conforto.

Personalidade: personalidade muito pé no chão, enraizada na estabilidade e natureza.

BRANCO: Não precisa ser utilizado como cor predominante, e combina com todas as outras cores. Traz bastante luminosidade ao ambiente, simplicidade e induz à ordem e organização, mas em excesso pode se tornar irritante. O branco também é muito utilizado no design escandinavo e na arquitetura minimalista.

Personalidade: Provavelmente é uma pessoa alegre que está buscando conexão com outras pessoas.

PRETO: O preto é uma cor sofisticada, imponente. Possui a propriedade física de absorver quase todos os raios luminosos que incidem sobre ele, por isso pode literalmente esquentar o ambiente. Pode transmitir a sensação de seriedade e prudência, mas combinado com outras cores, traz uma sensação alegre.

Personalidade: Pessoas que gostam de preto são fortes, almas antigas, poderosas, antagônicas, magistras, intensas, e muitas vezes ansiosas.

CINZA: Resultado da mistura do preto com o branco, posiciona-se entre a luz e a sombra. É passivo, sem vida, não relaxa nem anima, não interferindo nas sensações. Por esse motivo é bem empregado junto com outras cores.

Personalidade:: tendência a ser melancólico em seu estado emocional. Outros

traços de personalidade associados com cinza são ansiedade, incerteza, ser reservado e internalizar emoções.

5.2.1.2 CORES E ALTERAÇÕES DE COMPORTAMENTO

Para COUTO (2017), os padrões de comportamento também pode ser mudado com o uso de cores, são eles:

CORES	PERFIL AFETADO
AZUL	AGITADOS
VERMELHO / LARANJA	CALMAS
AMARELO / VIOLETA	DISPEROS
ROSA / VERDE	NERVOSOS
VERDE / AZUL	ESTRESSE
VIOLETA / LILÁS	EUFÓRICOS
VERDE	DOENÇAS
VERMELHO	RELACIONAMENTO MONÓTONO
AZUL COM MARROM	BRIGUENTOS
AZUL	INSÔNIA
VERMELHO	TIMIDEZ

Tabela 1– Cores e perfis afetados

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO I

CLÍNICA DE TRATAMENTO DE FÍSSURA LÁBIOPALATINA

ACADÊMICO: GABRIEL OLIVEIRA CORDOVA

ORIENTADORA: TAÍS TREVISAN

6. NORMAS TÉCNICAS

6.1 NORMA NBR 9051:15 ACESSIBILIDADE

6.1.1 ÁREA PARA MANOBRA DE CADEIRAS DE RODAS SEM DESLOCAMENTO

As medidas necessárias para a manobra de cadeira de rodas sem deslocamento são:

- para rotação de $90^\circ = 1,20 \text{ m} \times 1,20 \text{ m}$;
- para rotação de $180^\circ = 1,50 \text{ m} \times 1,20 \text{ m}$;
- para rotação de $360^\circ = \text{círculo com diâmetro de } 1,50 \text{ m}$.

6.1.2 SINALIZAÇÃO DE PORTAS E PASSAGENS

Portas e passagens devem possuir informação visual, associada a sinalização tátil ou sonora, conforme Tabela 1. Devem ser sinalizadas com números e/ou letras e/ou pictogramas e ter sinais com texto em relevo, incluindo Braille.

Essa sinalização deve considerar os seguintes aspectos:

- a sinalização deve estar localizada na faixa de alcance entre 1,20 m e 1,60 m em plano vertical, conforme Figura 59. Quando instalada entre 0,90 m e 1,20 m, deve estar na parede ao lado da maçaneta em plano inclinado entre 15° e 30° da linha horizontal e atender ao descrito em 5.4.6.5, quando exceder 0,10 m;
- a sinalização, quando instalada nas portas, deve ser centralizada, e não pode conter informações táteis. Para complementar a informação instalada na porta, deve existir informação tátil ou sonora, na parede adjacente a ela ou no batente, conforme a Figura 59;
- em portas duplas, com maçaneta central, instalar ao lado da porta direita;
- nas passagens a sinalização deve ser instalada na parede adjacente.
- os elementos de sinalização devem ter formas que não agredam os usuários, evitando cantos vivos e arestas cortantes.

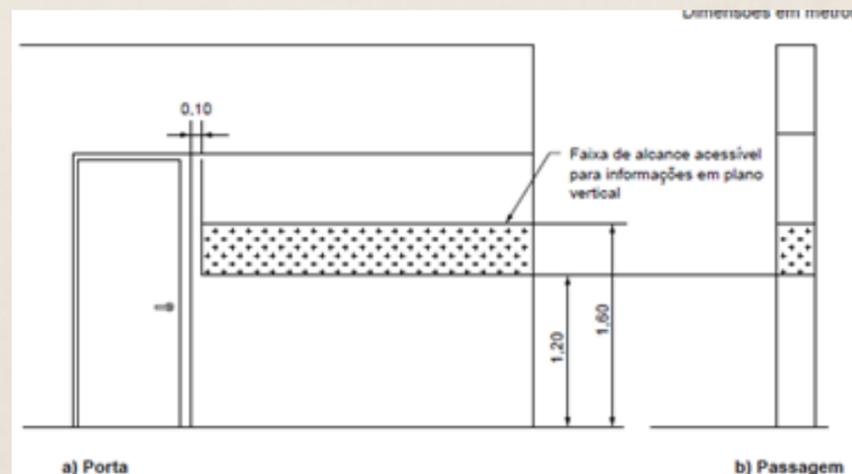


FIGURA 8— Sinalização de portas e passagens – Faixa de alcance acessível

6.1.3 CORREDORES

Os corredores devem ser dimensionados de acordo com o fluxo de pessoas, assegurando uma faixa livre de barreiras ou obstáculos, conforme 6.12.6. As larguras mínimas para corredores em edificações e equipamentos urbanos são:

- 0,90 m para corredores de uso comum com extensão até 4,00 m;
- 1,20 m para corredores de uso comum com extensão até 10,00 m; e 1,50 m para corredores com extensão superior a 10,00 m;
- 1,50 m para corredores de uso público;
- maior que 1,50 m para grandes fluxos de pessoas, conforme aplicação da equação apresentada em 6.12.6.

6.1.4 PORTAS

6.1.4.1 Para a utilização das portas em sequência, é necessário um espaço de transposição com um círculo de 1,50 m de diâmetro, somado às dimensões da largura das portas (y), além dos 0,60 m ao lado da maçaneta de cada porta, para permitir a aproximação de uma pessoa em cadeira de rodas.

6.1.4.2 No deslocamento frontal, quando as portas abrirem no sentido do deslocamento do usuário, deve existir um espaço livre de 0,30 m entre a parede e a porta, e quando abrirem no sentido oposto ao deslocamento do usuário, deve existir um espaço livre de

0,60 m, contíguo à maçaneta, conforme a Figura 81. Na impraticabilidade da existência destes espaços livres, deve-se garantir equipamento de automação da abertura e fechamento das portas através de botoeira ou sensor, conforme 6.11.2.9 e 6.11.2.10

6.1.4.3 No deslocamento lateral, deve ser garantido 0,60 m de espaço livre de cada um dos lados, conforme Figura 82. Na impraticabilidade da existência destes espaços livres, deve-se garantir equipamento de automação da abertura e fechamento das portas através de botoeira ou sensor, conforme 6.11.2.9 e 6.11.2.10.

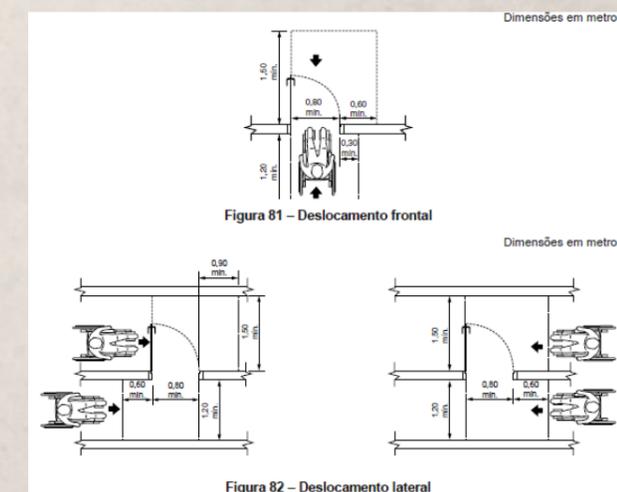


FIGURA 9—DESLOCAMENTOS FRONTAIS E LATERAIS

6.1.5 SANITÁRIO COLETIVO

O sanitário coletivo é de uso de pessoas com mobilidade reduzida e para qualquer pessoa. Para tanto, os boxes devem atender às condições do boxe comum (7.10.1), sendo um deles com a instalação de bacia infantil para uso de pessoas com baixa estatura e crianças. Recomenda-se a instalação de um boxe com barras de apoio (7.10.2) para uso de pessoas com mobilidade reduzida. O sanitário coletivo pode ter um boxe acessível, conforme Tabela 9, para uso preferencial de pessoas em cadeira de rodas, além do com entrada independente. Para tanto, deve garantir área de circulação, manobra e aproximação para o uso das peças sanitárias.

6.1.6. BOXES COMUNS

Nos boxes comuns, as portas devem ter vão livre mínimo de 0,80 m e conter uma área livre com no mínimo 0,60 m de diâmetro, conforme Figuras 115 e 116. Nas edificações existentes, admite-se porta com vão livre de no mínimo 0,60 m. Recomenda-se que as portas abram para fora, para facilitar o socorro à pessoa, se necessário.

6.1.7 MESAS OU SUPERFÍCIES DE REFEIÇÃO

6.1.7.1 As mesas ou superfícies de refeição acessíveis devem ser facilmente identificadas e localizadas dentro de uma rota acessível e estar distribuídas por todo o espaço.

6.1.7.2 As mesas ou superfícies de refeição acessíveis devem garantir um M.R. posicionado para a aproximação frontal. Deve ser garantida ainda circulação adjacente que permita giro de 180° à P.C.R.

6.1.7.3 As mesas ou superfícies de refeição devem ter altura de tampo entre 0,75 m a 0,85 m do piso acabado.

6.1.7.4 Devem ser asseguradas sob o tampo a largura livre mínima de 0,80 m, altura livre mínima de 0,73 m e profundidade livre mínima de 0,50 m para possibilitar que as P.C.R. avancem sob a mesa ou superfície.

6.1.8 RESTAURANTES, REFEITÓRIOS, BARES E SIMILARES

6.1.8.1 Os restaurantes, refeitórios e bares devem possuir pelo menos 5% do total de mesas, com no mínimo uma, acessíveis à P.C.R. Estas mesas devem ser interligadas a uma rota acessível e atender ao descrito em 9.3.2. A rota acessível deve incluir o acesso ao sanitário acessível.

6.1.8.2 As mesas devem ser distribuídas de forma a estar integradas às demais e em locais onde sejam oferecidos todos os serviços e comodidades disponíveis no estabelecimento.

6.1.8.3 Nos locais em que as refeições sejam feitas em balcões, estes devem

atender ao descrito em 9.3.3.

6.1.8.4 Nos locais em que são previstos balcões de autosserviço.

6.1.8.5 Quando o local possuir cardápio, ao menos um exemplar deve estar em Braille e em texto com caracteres ampliados.

6.1.9 LOCAIS DE HOSPEDAGEM

6.1.9.1 Os dormitórios acessíveis com banheiros (Figura 146) não podem estar isolados dos demais, mas distribuídos em toda a edificação, por todos os níveis de serviços e localizados em rota acessível. O percentual de dormitórios acessíveis é determinado em legislação específica (ver [1] da Bibliografia).

6.1.9.2 As dimensões do mobiliário dos dormitórios acessíveis devem atender às condições de alcance manual e visual previstos na Seção 4 e ser dispostos de forma a não obstruírem uma faixa livre mínima de circulação interna de 0,90 m de largura, prevendo área de manobras para o acesso ao banheiro, camas e armários. Deve haver pelo menos uma área, com diâmetro de no mínimo 1,50 m, que possibilite um giro de 360°, conforme Figura 146. A altura das camas deve ser de 0,46 m. 10.10

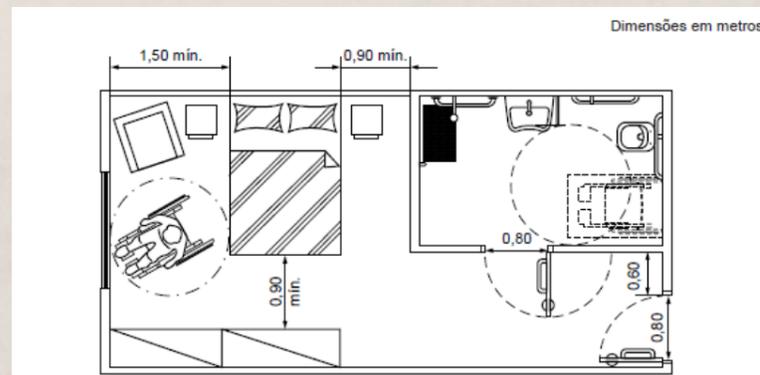


Figura 10—Dormitório acessível—Área de circulação—Exemplo—Vista superior

6.1.9.3 O sanitário deve possuir dispositivo de chamada para casos de emergências.

10.9.7 Quando nas unidades acessíveis forem previstas cozinhas ou similares, deve ser garantida a condição de circulação, aproximação e alcance dos utensílios,

conforme Seção 4. As pias devem possuir altura de no máximo 0,85 m, com altura livre inferior de no mínimo 0,73 m, conforme Figura 147.

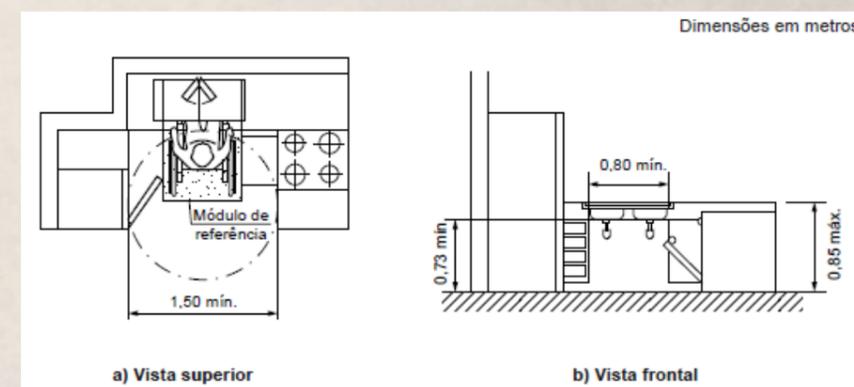


Figura 11—Cozinha—Área de Aproximação e medidas para uso

6.1.10 SERVIÇOS DE SAÚDE

6.1.10.1 Nos locais de serviços de saúde que comportem internações de pacientes, pelo menos 10 %, com no mínimo um dos banheiros em apartamentos, devem ser acessíveis. Recomenda-se, além disso, que pelo menos outros 10 % sejam adaptáveis.

6.1.10.2 Os ambulatórios, postos de saúde, prontos-socorros, laboratórios de análises clínicas, centros de diagnósticos, entre outros, devem ter pelo menos 10 % de sanitários acessíveis, conforme Seção 7. Nos pavimentos onde houver sanitários deve ser garantido no mínimo um sanitário acessível. Pelo menos uma das salas, para cada tipo de serviço prestado, deve ser acessível e estar em rota acessível.

6.2 RESOLUÇÃO RDC Nº 306, REGULAMENTO TÉCNICO PARA O GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

6.2.1 MANEJO

O manejo dos RSS é entendido como a ação de gerenciar os resíduos em seus aspectos intra e extra estabelecimento, desde a geração até a disposição final, incluindo as seguintes etapas:

6.2.2 SEGREGAÇÃO

Consiste na separação dos resíduos no momento e local de sua geração, de acordo com as características físicas, químicas, biológicas, o seu estado físico e os riscos envolvidos.

6.2.3 ACONDICIONAMENTO

Consiste no ato de embalar os resíduos segregados, em sacos ou recipientes que evitem vazamentos e resistam às ações de punctura e ruptura. A capacidade dos recipientes de acondicionamento deve ser compatível com a geração diária de cada tipo de resíduo.

6.2.3.1 - Os resíduos sólidos devem ser acondicionados em saco constituído de material resistente a ruptura e vazamento, impermeável, baseado na NBR 9191/2000 da ABNT, respeitados os limites de peso de cada saco, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento.

6.2.3.2 - Os sacos devem estar contidos em recipientes de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados e ser resistente ao tombamento.

6.2.3.3- Os recipientes de acondicionamento existentes nas salas de cirurgia e nas salas de parto não necessitam de tampa para vedação.

6.2.3.4- Os resíduos líquidos devem ser acondicionados em recipientes constituídos de material compatível com o líquido armazenado, resistentes, rígidos e estanques, com tampa rosqueada e vedante.

6.2.4 IDENTIFICAÇÃO

Consiste no conjunto de medidas que permite o reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos e recipientes, fornecendo informações ao correto manejo dos RSS.

6.2.4.1- A identificação deve estar aposta nos sacos de acondicionamento, nos recipientes de coleta interna e externa, nos recipientes de transporte interno e externo, e nos locais de armazenamento, em local de fácil visualização, de forma indelével, utilizando-se símbolos, cores e frases, atendendo aos parâmetros referenciados na norma NBR 7.500 da ABNT, além de outras exigências relacionadas à identificação de conteúdo e ao risco específico de cada grupo de resíduos.

6.2.4.2 - A identificação dos sacos de armazenamento e dos recipientes de transporte poderá ser feita por adesivos, desde que seja garantida a resistência destes aos processos normais de manuseio dos sacos e recipientes.

6.2.5 ARMAZENAMENTO TEMPORÁRIO

Consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à apresentação para coleta externa. Não poderá ser feito armazenamento temporário com disposição direta dos sacos sobre o piso, sendo obrigatória a conservação dos sacos em recipientes de acondicionamento.

6.2.5.1- O armazenamento temporário poderá ser dispensado nos casos em que a distância entre o ponto de geração e o armazenamento externo justifiquem.

6.2.5.2 - A sala para guarda de recipientes de transporte interno de resíduos deve ter pisos e paredes lisas e laváveis, sendo o piso ainda resistente ao tráfego dos recipientes coletores. Deve possuir ponto de iluminação artificial e área suficiente para armazenar, no mínimo, dois recipientes coletores, para o posterior traslado até a área de armazenamento externo. Quando a sala for exclusiva para o armazenamento de resíduos, deve estar identificada como “SALA DE RESÍDUOS”.

6.2.5.3 - A sala para o armazenamento temporário pode ser compartilhada com a sala de utilidades. Neste caso, a sala deverá dispor de área exclusiva de no mínimo 2 m², para armazenar, dois recipientes coletores para posterior traslado até a área de armazenamento externo.

6.2.5.4 - No armazenamento temporário não é permitida a retirada dos sacos de resíduos de dentro dos recipientes ali estacionados.

6.2.5.5 - Os resíduos de fácil putrefação que venham a ser coletados por período superior a 24 horas de seu armazenamento, devem ser conservados sob refrigeração, e quando não for possível, serem submetidos a outro método de conservação.

6.2.5.6 - O armazenamento de resíduos químicos deve atender à NBR 12235 da ABNT.

6.2.6 COLETA E TRANSPORTE EXTERNOS

Consistem na remoção dos RSS do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou disposição final, utilizando-se técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento e a integridade dos trabalhadores, da população e do meio ambiente, devendo estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana.

6.2.6.1 - A coleta e transporte externos dos resíduos de serviços de saúde devem ser realizados de acordo com as normas NBR 12.810 e NBR 14652 da ABNT.

6.3 RESOLUÇÃO – RE/ANVISA Nº 9:2003

QUALIDADE DE AR INTERIOR

6.3.1 Definições

A) Aerodispersóides: sistema disperso, em um meio gasoso, composto de partículas sólidas e/ou líquidas. O mesmo que aerosol ou aerossol.

B) Ambiente Aceitável: ambientes livres de contaminantes em concentrações potencialmente perigosas à saúde dos ocupantes ou que apresentem um mínimo de 80% dos ocupantes destes ambientes sem queixas ou sintomatologia de desconforto.

c) ambientes climatizados: são os espaços fisicamente determinados e caracterizados por dimensões e instalações próprias, submetidos ao processo de climatização, através de equipamentos.

d) ambiente de uso público e coletivo: espaço fisicamente determinado e aberto a utilização de muitas pessoas.

e) ar condicionado: é o processo de tratamento do ar, destinado a manter os requerimentos de Qualidade do Ar Interior do espaço condicionado, controlando variáveis como a temperatura, umidade, velocidade, material particulado, partículas biológicas e teor de dióxido de carbono (CO₂).

f) Padrão Referencial de Qualidade do Ar Interior: marcador qualitativo e quantitativo de qualidade do ar ambiental interior, utilizado como sentinela para determinar a necessidade da busca das fontes poluentes ou das intervenções ambientais.

g) Qualidade do Ar Ambiental Interior: Condição do ar ambiental de interior, resultante do processo de ocupação de um ambiente fechado com ou sem climatização artificial.

h) Valor Máximo Recomendável: Valor limite recomendável que separa as condições de ausência e de presença do risco de agressão à saúde humana.

6.3.2 - PADRÕES REFERENCIAIS

Recomenda os seguintes Padrões Referenciais de Qualidade do Ar Interior em ambientes climatizados de uso público e coletivo.

6.3.2.1 - O Valor Máximo Recomendável - VMR, para contaminação microbiológica deve ser 750 ufc/m³ de fungos, para a relação I/E 1,5, onde I é a quantidade de fungos no ambiente interior e E é a quantidade de fungos no ambiente exterior.

6.3.2.1.1 - Quando o VMR for ultrapassado ou a relação I/E for > 1,5, é necessário fazer um diagnóstico de fontes poluentes para uma intervenção corretiva.

6.3.2.1.2 - É inaceitável a presença de fungos patogênicos e toxigênicos.

6.3.2.2 - Os Valores Máximos Recomendáveis para contaminação química são:

6.3.2.2.1 - 1000 ppm de dióxido de carbono - (CO₂) , como indicador de renovação de ar externo, recomendado para conforto e bem-estar. 2.2—80 µg/m³ de aerodispersóides totais no ar, como indicador do grau de pureza do ar e limpeza do ambiente climatizado⁴.

6.3.2.3 - Os valores recomendáveis para os parâmetros físicos de temperatura, umidade, velocidade e taxa de renovação do ar e de grau de pureza do ar, deverão estar de acordo com a NBR 6401 - Instalações Centrais de Ar Condicionado para Conforto - Parâmetros Básicos de Projeto da ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas⁵.

6.3.2.3.1 - a faixa recomendável de operação das Temperaturas de Bulbo Seco, nas condições internas para verão, deverá variar de 23OC a 26OC, com exceção de ambientes de arte que deverão operar entre 21OC e 23OC. A faixa máxima de operação deverá variar de 26,5OC a 27OC, com exceção das áreas de acesso que poderão operar até 28OC. A seleção da faixa depende da finalidade e do local da instalação. Para condições internas para inverno, a faixa recomendável de operação deverá variar de 20OC a 22OC.

6.3.2.3.2 - a faixa recomendável de operação da Umidade Relativa, nas condições internas para verão, deverá variar de 40% a 65%, com exceção de ambientes de arte que deverão operar entre 40% e 55% durante todo o ano. O valor máximo de operação deverá ser de 65%, com exceção das áreas de acesso que poderão operar até 70%. A seleção da faixa depende da finalidade e do local da instalação. Para condições internas para inverno, a faixa recomendável de operação deverá variar de 35% a 65%.

6.3.2.3.3 - o Valor Máximo Recomendável - VMR de operação da Velocidade do Ar, no nível de 1,5m do piso, na região de influência da distribuição do ar é de menos 0,25 m/s.

6.3.2.3.4 - a Taxa de Renovação do Ar adequada de ambientes climatizados será, no mínimo, de 27 m³/hora/pessoa, exceto no caso específico de ambientes com alta rotatividade de pessoas. Nestes casos a Taxa de Renovação do Ar mínima será de 17 m³/hora/pessoa, não sendo admitido em qualquer situação que os ambientes possuam uma

concentração de CO₂, maior ou igual a estabelecida em IV-2.1, desta Orientação Técnica.

6.3.2.3.5 - a utilização de filtros de classe G1 é obrigatória na captação de ar exterior. O Grau de Pureza do Ar nos ambientes climatizados será obtido utilizando-se, no mínimo, filtros de classe G-3 nos condicionadores de sistemas centrais, minimizando o acúmulo de sujidades nos dutos, assim como reduzindo os níveis de material particulado no ar insuflado.

7. ESTUDOS DE CASO

7.1 FUNDEF, LAJEADO (RS)

A FUNDEF é uma instituição beneficente que busca a reabilitação de pessoas com fissuras labiopalatais e deficiência auditiva. É reconhecida nacional e internacionalmente por sua atuação. Os atendimentos começaram em 1991, por iniciativa do médico Wilson Dewes e equipe de profissionais voluntários. São mais de vinte anos de atuação de forma interdisciplinar, com reuniões clínicas para a discussão de casos e tomada de decisão em equipe de acordo com a necessidade de cada paciente. Atualmente a FUNDEF, atende no Hospital Bruno Born no centro de Lajeado. Para poder ampliar o atendimento na área da deficiência auditiva foi preciso locar um espaço nas proximidades do Hospital Bruno Born no início de 2010.

Para acessar os serviços da FUNDEF, recomenda-se que procure primeiro uma Unidade Básica de Saúde ou a Secretaria de Saúde de seu município. A Secretaria encaminhará o pedido para a Coordenadoria Regional de Saúde da sua região que agendará o atendimento na FUNDEF.

7.1.1 HISTÓRIA

A primeira reunião para a criação da FUNDEF ocorreu em 11 de julho de 1991. Dr Wilson Dewes e um grupo de profissionais da área da saúde se uniram para instalar

em Lajeado um centro especializado na reabilitação de pacientes com deformidades crânio faciais em especial fissuras lábio palatais, com base no protocolo de atendimento do Centrinho de Baurú/SP e de treinamentos da equipe neste serviço de referência do Brasil. Na época, não existia nenhuma instituição focada no Rio Grande do Sul em reabilitar estes pacientes.

O atendimento começou em 1992 no consultório particular do Dr. Wilson Dewes. Observando a demanda crescente o médico buscou a diretoria do Hospital Bruno Born para a criação de setor especializado na reabilitação destes pacientes dentro da instituição, com o objetivo de realizar os procedimentos cirúrgicos e ambulatoriais. Motivados pela iniciativa do Dr. Dewes, a Diretoria do Hospital Bruno Born institui a Fundação Para Reabilitação Das Deformidades Crânio Faciais – FUNDEF. Em 1993 foi aprovado e registrado o Estatuto da Fundação pela Procuradoria Geral da Justiça.

De acordo com a especificidade de cada tipo de fissura, a equipe elaborou um plano de tratamento. Inicialmente, o atendimento era feito apenas uma vez por semana com uma equipe bem reduzida de profissionais voluntários. A estrutura física e a contratação de equipe cresceram na mesma proporção que as necessidades dos pacientes.

Desde 1999 são realizados atendimentos pelo SUS (Sistema Único de Saúde), através do credenciamento do Hospital Bruno Born.

Em 2009, a FUNDEF obteve a habilitação no Ministério da Saúde para prestar os atendimentos aos pacientes com deficiência auditiva na média complexidade, trabalho este que já vinha sendo realizando desde 2007, através da habilitação do Hospital Bruno Born.

7.1.2 ABRANGÊNCIA

Como a FUNDEF, atende casos de fissuras Lábio-palatinas e reabilitação auditiva. Através da resolução CIB 119/10, estabeleceu que o atendimento da FUNDEF, no Hospital Bruno Born, Ser referência nas macrorregiões Norte, Centro-Oeste, Vales e Missioneira do Rio Grande do Sul

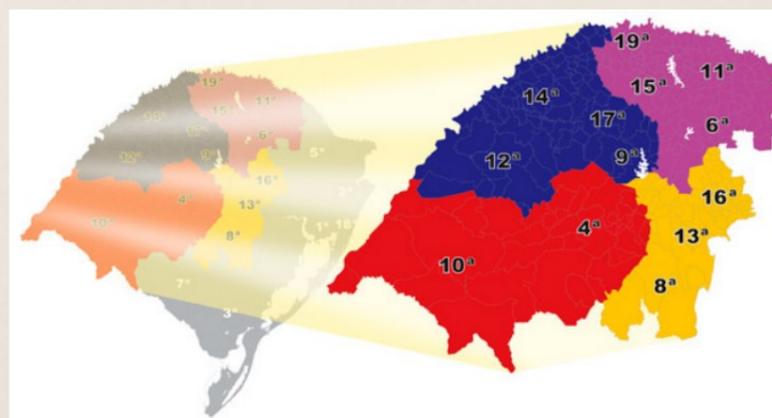


Imagem 12—Regiões abrangidas pela FUNDEF

7.1.3 RESOLUÇÃO CIB 119/10

No dia 05 de Maio de 2010, Aria Bergmann, presidente da Comissão Intergestores Bipartite/RS, apresentou o documento que estabelece quais hospitais e instituições do estado do Rio Grande do Sul, ofereceram tratamento para a fissura lábio-palatina, e qual a sua área de abrangência.

Segundo o documento:

“A Comissão Intergestores Bipartite/RS, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

o disposto na Portaria SAS/MS nº 62, de 19 de abril de 1994, que estabelece as normas para o credenciamento de hospitais que realizam procedimentos integrados para reabilitação estético funcional dos portadores de má-formação lábio-palatal para o Sistema Único de Saúde;

a habilitação do Hospital Universitário da Ulbra na Alta complexidade – Fissura lábio-palatal, conforme Portaria SAS/MS nº 102, de 03 de março de 2010;

que o RS passa a contar com três serviços habilitados na Alta complexidade para o atendimento de pacientes com fissura labio-palatal; a pactuação realizada na reunião da CIB/RS, 22/04/10.

RESOLVE: Art. 1º - Definir novas referências para o atendimento dos pacientes

com fissura lábio-palatal, na alta complexidade para as sete macrorregiões do Estado, conforme Anexo I.

Art. 2º - Esta Resolução entrará em vigor a partir da sua publicação.

ANEXO I - RESOLUÇÃO Nº 119/10 -

CIB / RS Macrorregiões Metropolitana e Sul- Hospital Universitário ULBRA e Hospital da Criança Conceição (menores de 8 anos)

Macrorregião Serra - Hospital Universitário ULBRA e Hospital da Criança Conceição (menores de 8 anos). (Em tramitação processo para credenciamento de um serviço que, após publicação da habilitação, passará a ser referência para a Macro Serra).

Macrorregiões Norte, Centro-Oeste, Vales e Missioneira - Hospital Bruno Born (FUNDEF).

7.1.4 ENTIDADES PARCEIRAS

Para realizar os atendimentos, a FUNDEF, conta com parcerias com as organizações Smile Train e Missão Médica Internacional, ajudam a fundação a manter os serviços.

7.1.4.1 Smile Train

A Smile Train é uma instituição internacional de caridade Infantil com abordagem sustentável para um único e solucionável problema: Fissura de Lábio e Palato. Milhões de crianças nos países em desenvolvimento convivem com a vergonha das fissuras ainda sem reparo e o mais importante, têm dificuldade em comer, respirar e falar. A cirurgia de reparação de fissura é simples e a transformação é imediata.

Nosso modelo sustentável oferece treinamento e financiamento para capacitar os médicos locais em mais de 85 países em desenvolvimento, fornecendo gratuitamente a cirurgia de reparação de fissura em suas comunidades.

Nosso modelo sustentável oferece treinamento e financiamento para capacitar os médicos locais em mais de 85 países em desenvolvimento, fornecendo gratuitamente a cirurgia de reparação de fissura em suas comunidades.

Como resultado de nossa eficiência e com o apoio de nossos doadores e parceiros ao redor do mundo, a Smile Train tem transformado a vida de mais de 1 milhão de crianças, dando-lhes o poder de um sorriso - realizando aproximadamente 340 cirurgias por dia e 127.000 todos os anos.

7.1.4.2 MISSÃO MÉDICA INTERNACIONAL

A Missão Médica Internacional - MMI é uma organização não governamental, sem fins lucrativos que busca solucionar problemas de saúde em localidades carentes a nível mundial. No Brasil o objetivo da MMI é o tratamento de pacientes com fissura labiopalatal. A Missão Médica é parceira da FUNDEF desde 2013.

7.2 CENTRINHO PREFEITO LUIZ GOMES, JOINVILLE (SC)

O Centrinho Prefeito Luiz Gomes é uma unidade de saúde vinculada à Prefeitura Municipal de Joinville existente há 24 anos. Embora seja referência em tratamento de Fissura Labiopalatina para Santa Catarina pelo atendimento prestado pelo Núcleo de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Labiopalatinas, o Centrinho também é integrado pelo Serviço de Reabilitação aos Portadores de Deficiência Auditiva.

Desde março de 1990, cerca de 3.500 pessoas com Fissura Labiopalatina, de crianças a adultos, residentes em 262 dos 295 municípios catarinenses, já foram ou estão sendo atendidos pelo Centrinho Prefeito Luiz Gomes. No Núcleo de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Labiopalatinas, por mês, são recebidos 40 novos pacientes e realizados 1.200 atendimentos como consultas especializadas, cirurgias corretivas, enxertos ósseos e implantes dentários.

O trabalho interdisciplinar de reabilitação da Fissura Labiopalatina feito pelo Centrinho envolve, prioritariamente, as áreas da Cirurgia Plástica, da Fonoaudiologia e da Ortodontia. Outros serviços, relativos às áreas médicas da Pediatria, Otorrinolaringologia, Neurologia e Genética, e de Serviço Social, Fisioterapia, Enfermagem e Psicologia visam garantir que as fases do tratamento ocorram na época ideal.

O corpo técnico do Centrinho Prefeito Luiz Gomes, de Joinville, é formado pelo Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC), referência nacional para tratamento de Fissura Labiopalatina, conhecido por Centrinho. O HRAC, que fica na cidade paulista de Bauru, é ligado à Universidade de São Paulo (USP), e funciona há 47 anos.

“Como única instituição do gênero totalmente pública do Estado e, atende pacientes de 26 municípios catarinenses com tratamento e distribuição gratuita de aparelhos auditivos. São feitas, em média, 600 consultas por mês e há cerca de quatro mil pacientes ativos que são acompanhados regularmente.[...] O Serviço de Saúde Auditiva do Centrinho de Joinville conta com uma equipe de nove fonoaudiólogos; três médicos otorrinolaringologistas; dois médicos pediatras; um médico geneticista; dois assistentes sociais; dois psicólogos; e sete agentes administrativos.” (SECRETARIA DE SAÚDE DE JOINVILLE, 2016)

A realização das cirurgias do tratamento, ocorre em parceria com o Hospital Regional Hans Dieter Schmidt.

7.2.1 PROFIS JOINVILLE

A Associação de Promoção Social do Fissurado LábioPalatal e Deficientes Auditivos de Joinville (Profis Joinville) é parceira do Centrinho Prefeito Luiz Gomes. “Temos a função de manter o andar do tratamento durante o período que for necessário para o bem-estar do paciente”, explica o presidente da Profis Joinville e da Rede Profis Nacional, o dentista Rodrigo Brosco..

Todos os pacientes do Centrinho são atendidos pela Profis Joinville. A entidade, no

entanto, é mantida por ações sociais tipo o projeto A Luz do Teu Sorriso, por um convênio firmado com a Prefeitura de Joinville, e, sobretudo, por doações feitas tanto por pessoas jurídicas quanto físicas, consideradas “Amigos do Centrinho”. São gente da comunidade, familiares dos pacientes e eles próprios.

7.2.2 FLUXOGRAMA PARA ATENDIMENTO

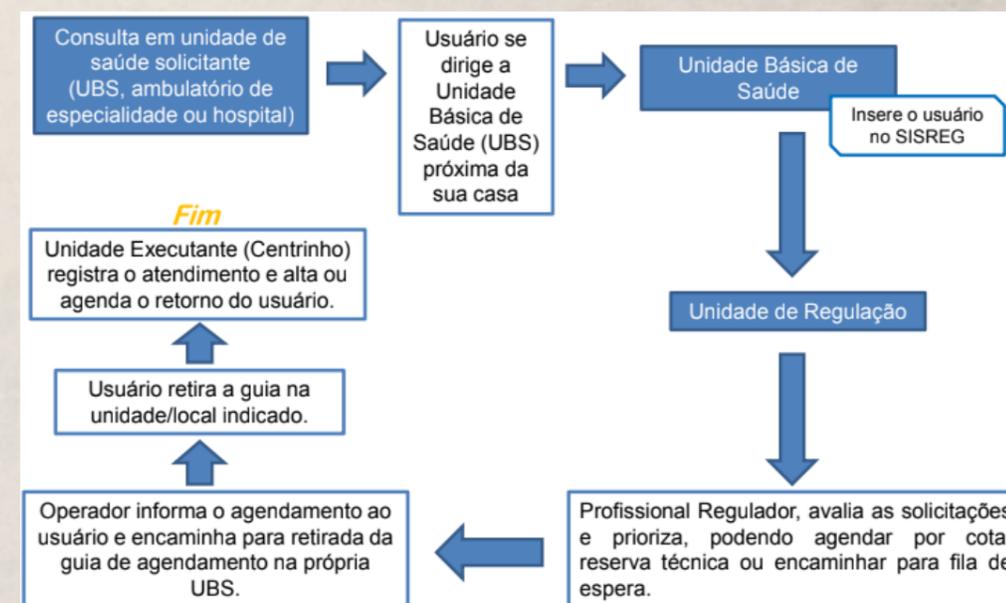


IMAGEM 13—FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO

8. REFERENCIAL TEÓRICO E FORMAL

8.1 HOSPITAL DA FUNDEF—LAJEADO (RS)

Local: Lajeado, RS;

Ano do Projeto: 2015;

Área: 7.327,63m²;

Arquitetura: Queiroz e Queiroz Arquitetos Associados;

A estrutura terá três pavimentos (subsolo, térreo e andar superior). Na cobertura, marcada por desníveis, será criada uma praça pública com jardim, que poderá ser utilizada livremente pela comunidade.



FIGURA 14—VISTA 3D HOSPITAL DA FUNDEF

Acompanhando o declive natural da rua, em frente à fachada principal, haverá estruturas de bambu dispostas de forma a gerar espaços entre si, o que permitirá o contato dos passantes.

“A formação do túnel de vento causado pela depressão gerará sons de flauta causado pelos furos em cada bambu. A altura variada de cada um deles proporcionará

diferentes notas sonoras”, explica o memorial do projeto.

O revestimento de um dos volumes será um painel de mosaico construído peça por peça (acrílico e vidro) com a participação de funcionários, pacientes e familiares.



FIGURA 15 — PLANTA 2º PAVIMENTO

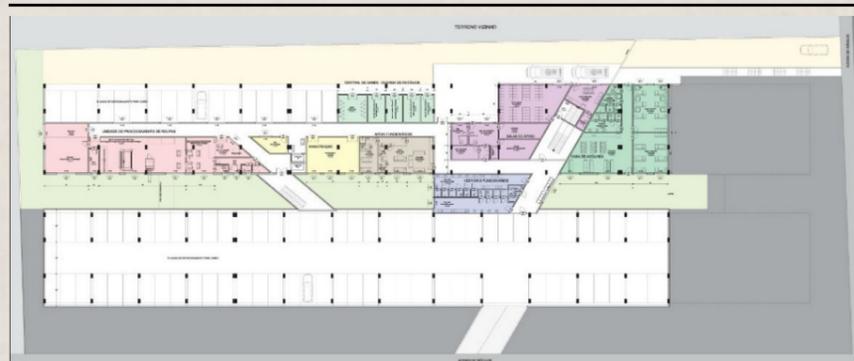


FIGURA 16—PLANTA SUBSOLO



FIGURA 17—PLANTA TÉRREO

8.2 OTOPLENA CLÍNICA

Localização: Pelotas, RS;

Ano do Projeto: 2016;

Área: 350m²;

Arquitetura: dDM+ Ateliê de Arquitetura;

O projeto da clínica embalou um novo conceito de atendimento multidisciplinar na região. A concepção foi baseada na elaboração de um centro integrado entre médicos parceiros gerando uma completa e ágil prestação de serviços na área da saúde. A proposta do centro integrado surgiu quando dois médicos pelotenses reuniram seus consultórios em um mesmo prédio. A decisão tinha com objetivo agilizar o atendimento dos pacientes e oferecer a cidade um local completo com prestação de serviços em saúde nas suas áreas de atuação.

A OtoPlena oferece um ambiente amplo e agradável distribuídos em uma área aproximada de 350m². No interior do prédio, o primeiro piso volta-se inteiramente para a área de otorrino, com ala de espera principal, sala de espera interna, consultórios individuais e duas salas para exames nas quais atuam outros profissionais em conjunto. O elevador encaminha os pacientes para o andar superior, onde se encontra mais uma sala de espera e quatro consultórios. A reunião de diferentes profissionais no mesmo centro possibilita que o paciente consiga realizar todos os procedimentos que precisa em um mesmo local.

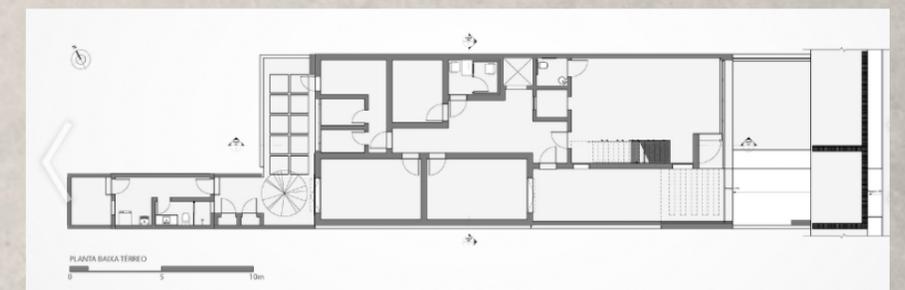


FIGURA 18—PLANTA TÉRREO

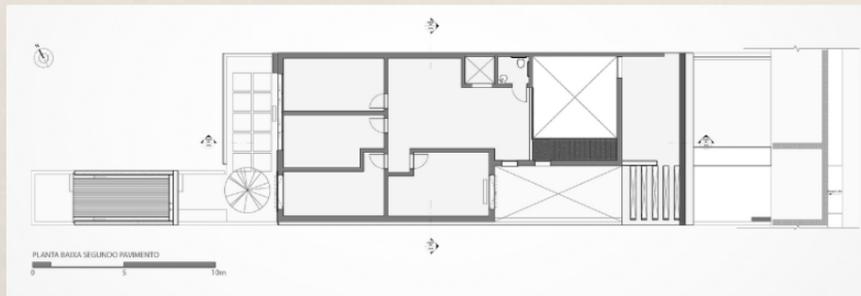


FIGURA 19—PLANTA PRIMEIRO ANDAR

O primeiro piso volta-se inteiramente para a área de otorrino, com ala de espera principal, sala de espera interna, consultórios individuais e duas salas para exames nas quais atuam outros profissionais em conjunto. O elevador encaminha os pacientes para o andar superior, onde se encontra mais uma sala de espera e quatro consultórios. A reunião de diferentes profissionais no mesmo centro possibilita que o paciente consiga realizar todos os procedimentos que precisa em um mesmo local.

A proposta arquitetônica segue os princípios minimalistas, priorizando a funcionalidade da clínica, criando espaços integrados de fácil acessibilidade e de considerável conforto intercalando materiais com acabamento e visando a criação de uma atmosfera de trabalho confortável tanto para os pacientes quanto para os funcionários.

Com o objetivo de romper com a monotonia dos projetos tradicionais, foram utilizados materiais com acabamento rústico em contraste com materiais de alto padrão, visando acompanhar a nova identidade da clínica e atender os requisitos de fácil manutenção da clínica. O uso do concreto aparente, pedra e madeira conferem o toque rústico do projeto, que entra em contraste com materiais contemporâneos como o revestimento de fachada em alumínio composto e o vidro acidato, que confere iluminação indireta ao ambiente interno ao mesmo tempo em que oferece privacidade.



FIGURA 20—VISTA INTERNA

8.3 Pavilhão de Construção Técnica do Hospital Geral Universitário de Toledo / TASH

Localização: Toledo, Espanha;

Ano do Projeto: 2009;

Área: 680m²;

Arquitetura: TASH, Taller de Arquitectura Sánchez-Horneros;

O Pavilhão é o primeiro elemento finalizado do edifício, a primeira referência a um ambiente hostil, de grandes montanhas de escavação da terra, de estoques de materiais, de poeira e ruído, a implantação é feita para que ele seja protegido através de uma estrutura totalmente fechada no exterior do perímetro e aberta para o jardim definido pelo próprio edifício. A ortogonalidade do edifício permite controlar o espaço e definir uma referência para o resto do projeto, então as extensões podem ser incorporadas para utilizações futuras.

O forma em “C” abriu-se para o norte e fechou-se às outras orientações, beneficiando-se assim do descanso. Um prédio de escritórios de baixo crescimento que gera um micro-clima no pátio interior.

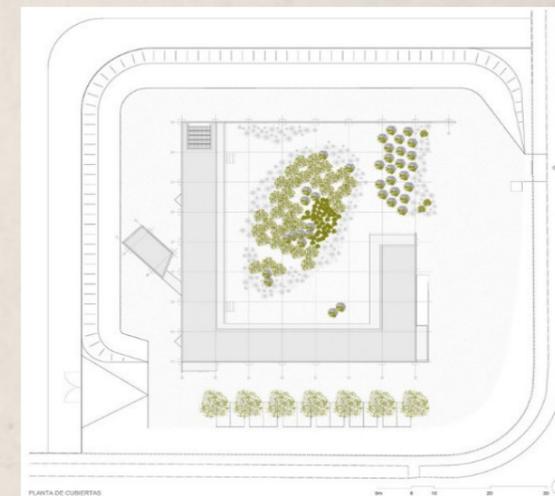


FIGURA 21—PLANTA BAIXA

O uso de um tijolo claro auto ventilado permite um comportamento favorável ao conjunto. Este tijolo é um elemento-chave na expressão dos edifícios, buscando uma imagem que constitui uma novidade para este material.



FIGURA 22—VISTA EXTERNA



FIGURA 23—VISTA EXTERNA

4.4 HÓSPITAL INFANTIL LADY CILENTO

Localização: Brisbane, Austrália;

Ano do Projeto: 2014;

Área: 115.000m²;

Arquitetura: Conrad Gargett, Lyons;

O hospital é um equipamento especializado em treinamento e ensino de pediatria e atende pacientes de toda a região de Queensland. O edifício de 95 mil metros quadrados e doze pavimentos representa um acréscimo urbano significativo na área de Southbank, em Brisbane.

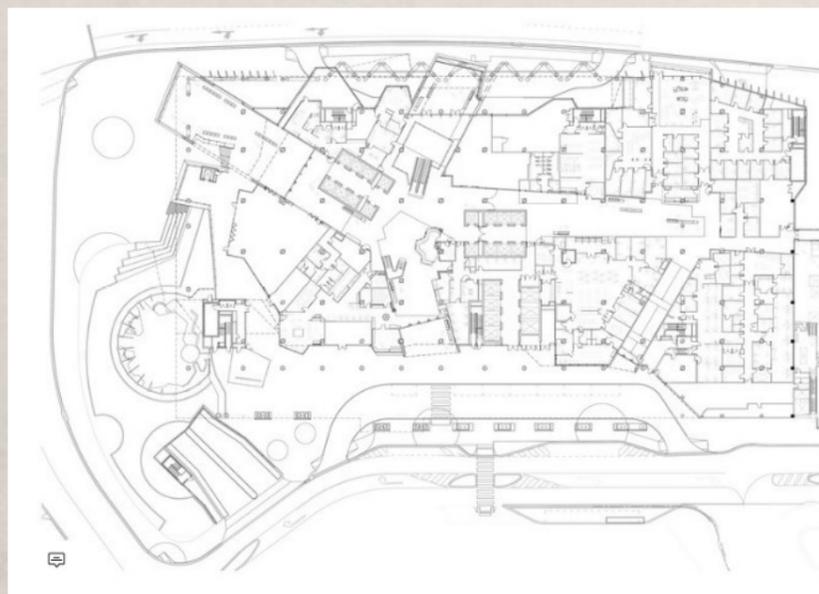


FIGURA 24—PLANTA BAIXA

Seu exterior reluzente e colorido em tons de verde e roxo da flora nativa transmite a ideia de um edifício projetado para crianças. Em sua forma e volume, o projeto desafia o modelo convencional da torre sobre uma base e apresenta um edifício de gabarito médio, esculpido de modo a gerar terraços jardins.

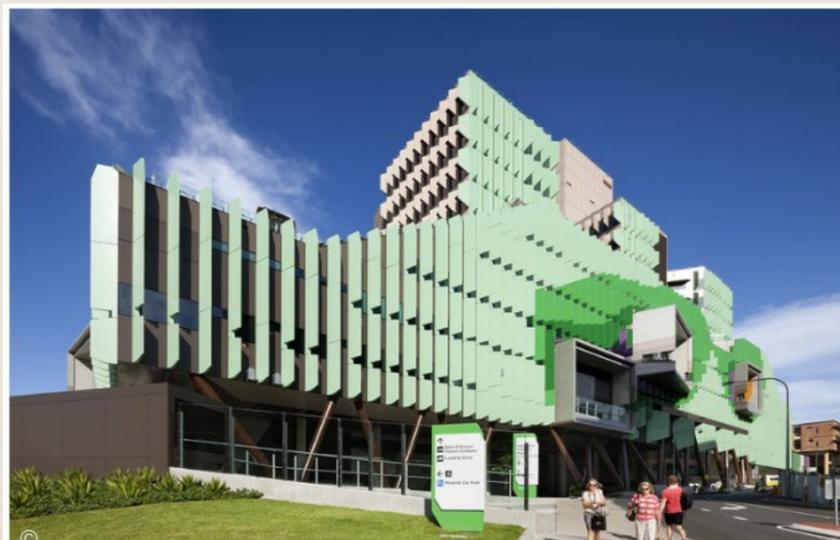


FIGURA 25—VISTA FACHADA

O projeto incorpora estratégias voltadas para o suporte e bem estar dos pacientes: percursos claros, conexões com o exterior e vistas para o ambiente natural são questões fundamentais para a proposta.



FIGURA 26—VISTA TERRAÇO

O projeto se baseia na ideia da "árvore da vida". "Este partido foi desenvolvido nas etapas preliminares através de uma série de *workshops* com os usuários dos hospital e demais partes envolvidas."

9. DIAGNÓSTICO

9.1 DADOS DA CIDADE

Lages, é uma cidade da região serrana do estado de Santa Catarina. Segundo o IBGE, a população estimada de Lages em 2017 é de 158.508 habitantes, segundo o último censo de 2012 a população é de 156.727 habitantes. Com 2.631,504 km² de território. (BRASIL, IBGE, 2012)

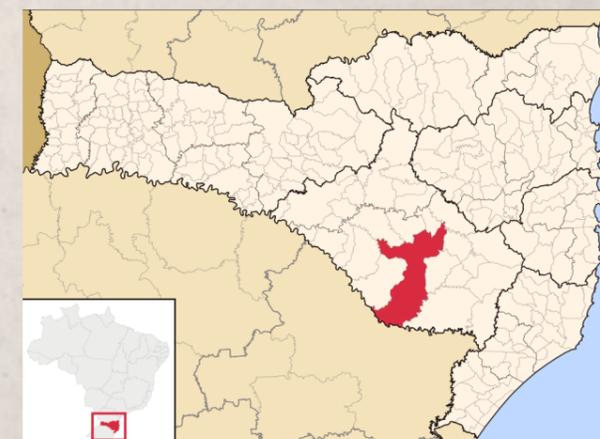


FIGURA 27—MAPA DE SANTA CATARINA

"Foi o governador da capitania de São Paulo quem determinou, em 1766, a fundação da vila pioneira da região serrana catarinense, Nossa Senhora dos Prazeres das Lages, hoje cidade. Após outras duas tentativas malogradas, a vila foi implantada definitivamente, no alto da colina ao sul do rio Carahá. [...] Coube a incumbência de fundar Lages ao português Antônio Correia Pinto de Macedo." (SANTOS, 2015, pg 42).

Elevado à categoria de vila com a denominação de Lages, por Carta Régia, de 26-01-1765, desmembrada da antiga Capitania de São Paulo, por Alvará de 09-11-1820. Instalado em 22-05-1871. (BRASIL, IBGE, 2015)

9.2 ANÁLISE VIÁRIA

O terreno se localiza na Avenida Belizário Ramos, via arterial, a pista em frente ao terreno leva ao centro. E os fundos do terreno a rua Manoel da Silva Ramos, uma via local de duplo sentido.



FIGURA 28 - ANÁLISE VIÁRIA



FIGURA 29—CLIMAS DO BRASIL

[...]O clima sofre influência da massa tropical atlântica, e no inverno da massa polar atlântica, tendo uma média pluvial alta, ocorrendo na região sul do país e meridional do Mato Grosso do Sul e São Paulo. (EXPOSTI, 2013)

O clima em Lages é em média de 16,1°C no ano, sendo os meses de Janeiro mais

Dados climatológicos para Lages													[Esconder]
Mês	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Ano
Temperatura máxima recorde (°C)	34,5	34,3	33,2	30,8	27,9	25,6	26,9	31	32,4	32,6	34,4	33,9	34,5
Temperatura máxima média (°C)	26,6	26,4	25,4	22,5	19	17,4	17,1	19,2	19,5	21,6	24	26,1	22,1
Temperatura média compensada (°C)	20,6	20,4	19,4	16,6	13,1	11,6	11,1	12,6	13,9	16,2	18	19,9	16,1
Temperatura mínima média (°C)	16,3	16,3	15,5	12,8	9,2	7,8	7,1	8	9,9	12,4	13,6	15,3	12
Temperatura mínima recorde (°C)	5,4	7	2,3	-0,7	-3,4	-5,8	-6	-4,8	-4	0,2	2,9	3,2	-6
Precipitação (mm)	163	158	129	111,8	126	111,4	181,5	117,5	157,3	191,4	136	133,7	1 707,6
Dias com precipitação (≥ 1 mm)	12	12	10	8	7	8	9	8	10	11	10	10	115
Umidade relativa compensada (%)	78	79,9	79,8	81,1	83,2	84,8	83,3	79	80	79,9	75,6	75,2	80
Horas de sol	198,5	168,7	180	158,6	149,1	129	143,3	163,3	137,1	150,9	200,9	207,6	1 987

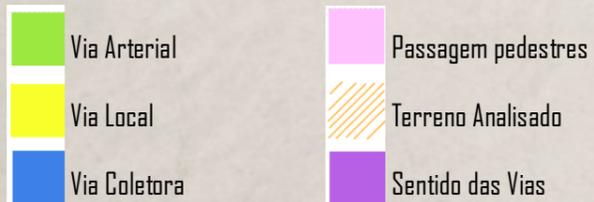
Tabela 2—Dados climáticos para Lages

quente com média de 26,6°C e o mais frio 11,1°C, com umidade relativa de 80%, com 1707,6mm de chuva no ano.



FIGURA 30—ANÁLISE SOLAR

Legenda:



9.3 CONDICIONANTE CLIMÁTICO

O clima predominante em Santa Catarina é o Subtropical, onde está presente na região metropolitana de São Paulo, no norte do Rio Grande do Sul, Paraná, Campinas, Vale do Ribeira e o sul do Mato Grosso do Sul. (MELO, 2010)

9.4 ZONEAMENTO



FIGURA 31—ZONEAMENTO

ACADÊMICO: GABRIEL OLIVEIRA CORDOVA

ORIENTADORA: TAÍS TREVISAN

9.5 IMPLANTAÇÃO

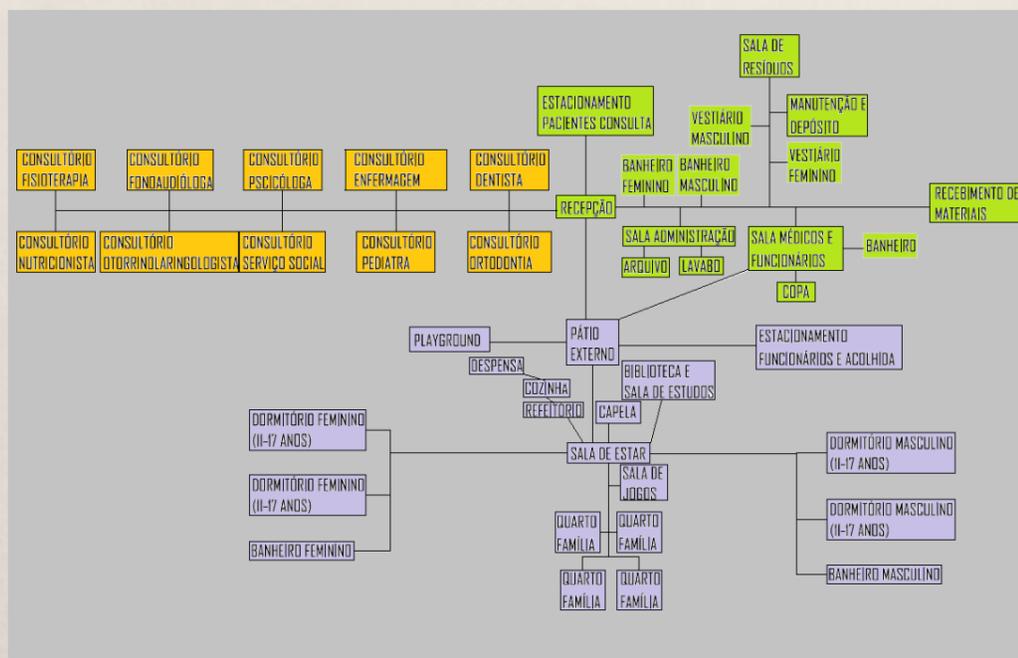


FIGURA 33—IMPLANTAÇÃO

FIGURA 35—VOLUMETRIA

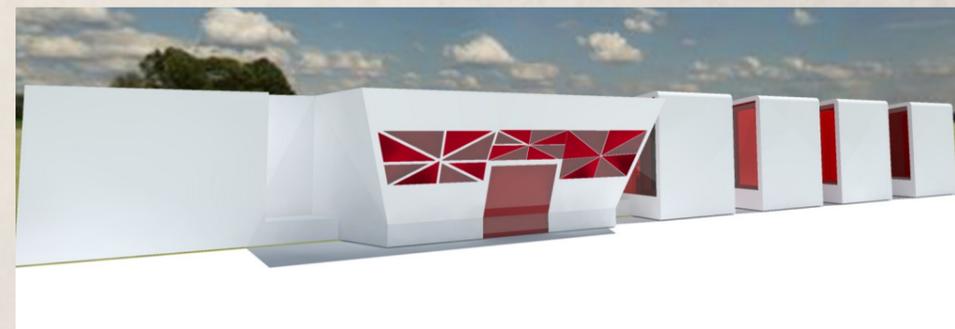


FIGURA 36—VOLUMETRIA 2

CONSULTÓRIOS

ADMINISTRATIVO

ACOLHIDA

10. PROPOSTA

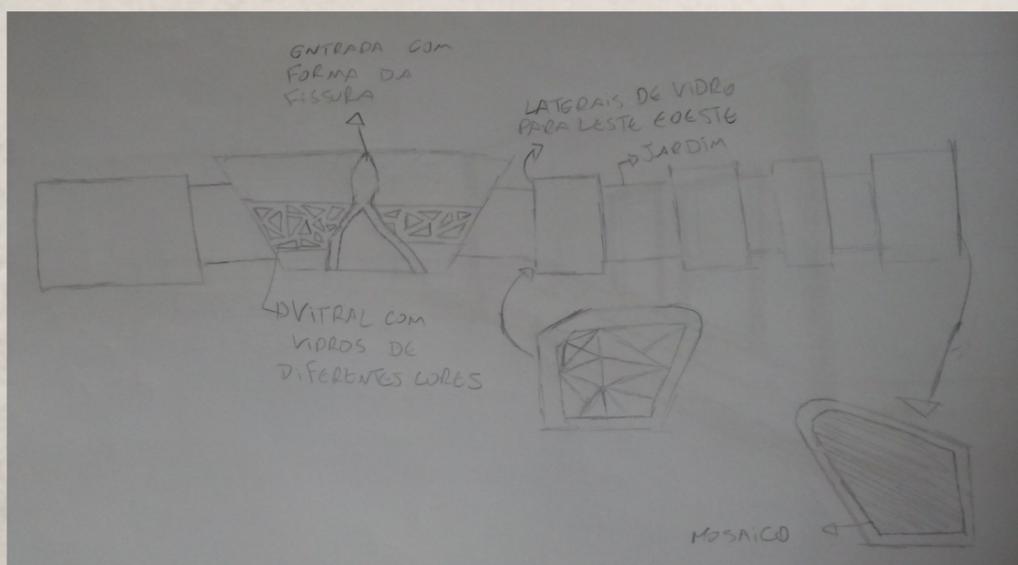


FIGURA 34—PROPOSTA CROQUI

O conceito do projeto é o uso da luz natural, entrando pelos vitrais das fachadas e pelos rasgos nas laterais (voltadas para oeste e leste). Seguindo o conceito da referência do Pavilhão de Construção Técnica do Hospital Geral Universitário de Toledo "a implantação é feita para que ele seja protegido através de uma estrutura totalmente fechada no exterior do perímetro e aberta para o jardim definido pelo próprio edifício. A ortogonalidade do edifício permite controlar o espaço e definir uma referência para o resto do projeto". (HELM, Joana. 2013)



FIGURA 37—VISTA EXTERNA

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Autor não informado. Fissura Labiopalatal: Estrutura Técnica. Disponível em <<http://www.fundef.org.br/pagina.php?cont=especialidadesFissura>>. Acesso em 20/05/2018.

Autor não informado. Queiroz e Queiroz: Hospital da Fundef, Lajeado, RS. Disponível em: <<https://www.arcoweb.com.br/noticias/arquitetura/queiroz-e-queiroz-hospital-lajeado-rio-grande-do-sul>> Acesso em: 29/06/2018.

BARATTO, Romullo. Hospital Infantil Lady Cilento / Lyons + Conrad Gargett. Disponível em: <<https://www.archdaily.com.br/br/781646/hospital-infantil-lady-cilento-lyons-plus-conrad-gargett>> Acesso em: 29/06/2018.

BERGMANN, Arita. RESOLUÇÃO Nº 119/10 - CIB / RS. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170226/23102634-1340211081-cibr119-10.pdf>> Acesso em 27/06/2018.

BRASIL, IBGE. PANORAMA. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/lages/panorama>> Acesso em: 30/06/2018.

BRASIL, IBGE. História e Fotos. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/lages/historico>> Acesso em 30/06/2018

CARTANA, et. al. CORES, TEXTURAS E ILUMINAÇÃO NA ARQUITETURA. 2010. 31 f. Trabalho de Graduação. Curso de Arquitetura e Urbanismo. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2010.

CAVALCANTE, Fabianna. Você sabia que a Arquitetura pode contribuir para tornar ambientes de saúde mais acolhedores?. Disponível em: <<http://fabiannacavalcante.com.br/arquitetura-humanizada/>> Acesso em 23/06/2018.

Cleberon. Projeto de Lei cria o Dia Nacional de Conscientização Sobre a Fissura Labiopalatina. Disponível em <<http://www.pedrouczai.com.br/index.php/noticias/14-slideshow/212-projeto-de-lei-cria-o-dia-nacional-de-conscientizacao-sobre-a-fissura-labiopalatina>> Acesso em 01/06/2018.

COUTO, Danni. Cores na arquitetura: descubra o significado de cada uma e como aplicar nos ambientes!. Disponível em: <<https://www.vivadecora.com.br/pro/curiosidades/cores-na-arquitetura/>>. Acesso em: 27/06/2018;

DALCIN, Maria Ester Fardim. A Cura Através da Arquitetura: Casa de Apoio ao Paciente em Trata-

mento de Câncer. Curso de Arquitetura e Urbanismo. Universidade Vila Velha. Vila Velha—ES. 2015.

dDm+ Arquitetura, Otoplena Clínica / dDM+ Ateliê de Arquitetura, Disponível em: <<https://www.archdaily.com.br/br/869335/otoplena-clinica-ddm-plus-atelie-de-arquitetura>>. Acesso em: 29/06/2018.

DE FRANÇA, Célia Maria Condeixa; LOCKS, Amo. Incidência das Fissuras Lábio-palatinas de Crianças Nascidas na Cidade de Joinville (SC) no período de 1994 a 2000. 8f. Joinville. 2003.

EXPOSTI, Karen Degli. CLIMA SUBTROPICAL. Disponível em: <<https://www.infoescola.com/geografia/clima-subtropical/>>. Acesso em 03/07/2018;

HELM, Joanna. Pavilhão de Construção Técnica do Hospital Geral Universitário de Toledo / TASH. Disponível em: <<https://www.archdaily.com.br/br/01-120465/pavilhao-de-construcao-tecnica-do-hospital-geral-universitario-de-toledo-slash-tash>>. Acesso em: 29/06/2018.

LIMA, Lidia Nascimento. MESQUITA, Adailson. Arquitetura Terapêutica Aliada ao Tratamento Clínico. Curso de Arquitetura e Urbanismo. Unetri Campus Universitario. Uberlandia—MG.

MATTOS, B.S.C.; MAURO, L.D.V. Fissuras Labiopalatinas – Interdisciplinaridade e Conceitos Atuais em Odontologia. In: HADDAD, A.S. Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais. 1ª edição, São Paulo, p. 196-205, 2007.

MELO, Patricia. Clima Subtropical. Disponível em: <<https://www.estudokids.com.br/clima-subtropical/>> Acesso em 03/07/2018;

NBR 9050/2015. Acessibilidade. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield_generico_imagens-filefield-description%5D_24.pdf> Acesso em 01/06/2018;

NOGUEIRA, Daliane. Arquitetura da saúde: acolhimento é essencial em clínicas e hospitais. Disponível em: <<https://www.gazetadopovo.com.br/haus/arquitetura/arquitetura-da-saude-acolhimento-e-essencial-em-clinicas-e-hospitais/>> Acesso em 23/06/2018.

PEREIRA, Matheus. O papel da cor na arquitetura. Disponível em: <<https://www.archdaily.com.br/br/894425/o-papel-da-cor-na-arquitetura>> Acesso em: 27/06/2018;

PORTAL 44 ARQUITETURA. O que Arquitetura e Medicina tem em comum?. Disponível em: <<http://44arquitetura.com.br/2016/06/arquitetura-e-medicina-em-comum/>> Acesso em 23/06/2018

REINEHR, Renata. Perfil Arquitetônico de Clínica Odontológica Especializada a Cadeirantes e

Deficientes Visuais: Pós-graduação em Ergonomia. Faculdade Ávila. Goiânia— Goiás.

RIBEIRO, E.M.; MOREIRA, A.S.C.G. Atualização sobre o tratamento multidisciplinar das fissuras labiais e palatinas. Revista brasileira de promoção de saúde, v.18, n.1, p.31-40, 2004.

ROCHA, R.; TELLES, C.S. O problema das fissuras lábio-palatais (diagnóstico e aspectos clínicos). Revista da SOB, v. 1, n. 6, 1990.

RODRIGUES, Antonio Carlos. Arquitetura a favor da saúde. Disponível em <<https://saude.abril.com.br/blog/com-a-palavra/arquitetura-a-favor-da-saude/>> Acesso em 23/06/2018.

Santos, Fabiano Teixeira dos. A Casa do Planalto Catarinense: Arquitetura rural e urbana nos campos de Lages, séculos XVIII e XIX / Fabiano Teixeira dos Santos. – Lages (SC): Super Nova, 2015. 220 p.: il.

Saretta, Neodi. Projeto de lei PL/02.03.0/2017. Disponível em <http://www.alesc.sc.gov.br/expediente/2017/PL_0203_0_2017_Original.pdf>. Acesso em 01/06/2018

SPINA, V. Fissuras congênitas Lábiopalatinas: Generalidades. In: ROCHA, R.; TELLES, C.S. O problema das fissuras lábio-palatais (diagnóstico e aspectos clínicos). Revista da SOB, v. 1, n. 6, 1990.

Uczai, Pedro. Projeto de lei N.º 9.282, DE 2017 . Disponível em <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=2D76C45E843A178894FF8881F48264F3.proposicoesWebExterno2?codteor=1636513&filename=Avulso+-PL+9282/2017>. Acesso em 01/06/2018

Valle, Fernanda Rafaela. Síndrome de Down e Fissuras Lábiopalatinas. 2012. 47 f. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

SOUZA, Simone A. de. Fluxograma para regulação do atendimento do Centrinho Prefeito Luiz Gomes em SC- Usuário SUS Joinville Sistema de Regulação: SISREG. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1EsCj19XTMECG_op8txmPHZcJR3QP-82y/view> Acesso em: 21/07/2018

SECRETARIA DE SAÚDE DE JOINVILLE. Serviço de Saúde Auditiva do Centrinho completa 11 anos. Disponível em: <<https://www.joinville.sc.gov.br/noticias/servico-de-saude-auditiva-do-centrinho-completa-11-anos/>> Acesso em: 21/07/2018

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO I

CLÍNICA DE TRATAMENTO DE FÍSSURA LÁBIOPALATINA

ACADÊMICO: GABRIEL OLIVEIRA CORDOVA

ORIENTADORA: TAÍS TREVISAN

21