

CENTRO UNIVERSITÁRIO DOM BOSCO
ARQUITETURA E URBANISMO

PATRICIA DE CASSIA AROUCHA PINHEIRO

HUMANIZAÇÃO NO AMBIENTE HOSPITALAR

Estudo Preliminar de um Hospital Oncológico na baixada maranhense na cidade de
Matinha-MA

SÃO LUÍS-MA

2020

PATRICIA DE CASSIA AROUCHA PINHEIRO

HUMANIZAÇÃO NO AMBIENTE HOSPITALAR

Estudo Preliminar de um Hospital Oncológico na baixada maranhense na cidade de
Matinha-MA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Arquitetura e Urbanismo do Centro de Ensino Superior Dom Bosco, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Arquitetura e Urbanismo.

Orientador: Prof. Arthur Lacerda Cavalcante.

SÃO LUÍS-MA

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Centro Universitário - UNDB / Biblioteca

Pinheiro, Patrícia de Cassia Aroucha

Humanização no ambiente hospitalar: estudo preliminar de um Centro de tratamento de câncer. / Patrícia de Cassia Aroucha Pinheiro. — São Luís, 2020.

74f.

Orientador: Arthur Lacerda Cavalcante

Monografia (Graduação em Arquitetura e Urbanismo) - Curso de Arquitetura e Urbanismo – Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco – UNDB, 2020.

1. Arquitetura - Projeto. 2. Arquitetura humanizada. 3. Humanização hospitalar. I. Título.

CDU 725.1:614.21

PATRICIA DE CASSIA AROUCHA PINHEIRO

HUMANIZAÇÃO NO AMBIENTE HOSPITALAR: Estudo Preliminar de um Hospital
Oncológico na baixada maranhense na cidade de Matinha-MA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Arquitetura e Urbanismo do Centro de Ensino Superior Dom Bosco, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Arquitetura e Urbanismo.

Aprovada: / /2020

BANCA EXAMINADORA



Prof. Arthur Lacerda Cavalcante (Orientador)

Centro Universitário Dom Bosco

Prof. Marcio Rodrigo da Silva Pereira

Centro Universitário Dom Bosco

Prof. Keila Espindola Rodrigues

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, pelo dom da vida, pois sem sua ajuda jamais teria conseguido caminhar durante esses cinco anos. Agradeço a ele, por nunca me deixar desanimar, de dar força e coragem para enfrenta os desafios, desafio esses que foram muito difíceis, mas nunca me deixou desamparada e por me mostra o caminho da arquitetura e os percursos a serem passado e a certeza que estaria no caminho certo.

Agradeço aos meus pais, Júlio Paiva Arouche, Pedrolina Farias e Eliete Aroucha Pinheiro, pela confiança e por apoiarem os meus sonhos. Em especial ao meu Pai Júlio, ele que sempre incentivou a buscar os estudos, a encontra novos desafios e passar por cada um, a ele por me incentivar a entrar na construção civil, mesmo sem saber ele influenciou muito, fazendo a aquelas casas de pau-a-pique no interior do estado. Pois despertou um lado que já mais conhecia e sempre tive seu total apoio e incentivo diário. Queria eu ter palavras para descreve todo esforço e dedicação que o mesmo fizeram para meu bem-estar e que pudesse esta onde estou hoje. Viemos de uma família humilde, lá da zona rural, mas nunca foi motivo para não estuda, pois, os mesmos sempre mostraram que os estudos é o principal meio de mudar essa realidade e alcançar nossos sonhos. Agradeço aos meus Irmãos Pricila Aroucha e Denílson Aroucha que sempre estiveram ao meu lado, dando todo suporte, mesmo as vezes eles estando tão calados, mais sei que sempre torcem pela minha felicidade.

Ao casal Zwingle Pinheiro Braga e dr. Safira Araújo por serem responsáveis por abrir a portas do mundo acadêmico para mim, pois até então eram um caminho muito difícil e ao mesmo tempo tão longe. O casal abriu porta da sua casa para pudesse estudar e trabalhar e me ensinaram a ser uma pessoa melhor, pois era bem “arretada” e eles foram me moldando com a ajuda do Criador e mostraram que sim, eu poderia alcançar o que eu quisesse, bastava apenas correr atrás do que realmente queria e foi o que fiz. Gratidão.

Aos amigos Wyvisson Cruz, foi grande amigo que arquitetura me concedeu e por sempre está comigo em todos momentos e ajudando nos trabalhos adâmicos. A Erica Vás, amiga que entrou sem jeito, mas foi de grande importância nessa caminhada. A missionaria Joana Monica, por sempre dar todo apoio e

dedicação aos meus sonhos, obrigada por cada ensinamento e por me orientar a tomar as mil e umas decisões durante minha vida pessoal e acadêmica.

Por fim, todos aqueles que contribuíram de forma indiretamente para minha formação como pessoal, profissionalmente é futura arquiteta e urbanista, agradeço do fundo meu coração, pois sem ajuda de vocês não teria chegado até aqui.

“Não te mandei eu? Sê forte e corajoso; não temas, nem te espantes, porque o SENHOR, teu deus, é contigo por onde quer que andares”

Josué 1:9

RESUMO

O trabalho apresentado trata-se de uma proposta para uma unidade de um Centro de tratamento para pessoas com câncer. O Centro tem como objetivo promover uma vida mais digna e melhores condições de vida e de tratamento aos pacientes com câncer da Baixada Maranhense, uma iniciativa inovadora uma vez que a arquitetura humanizada, oferece maior qualidade de vida e auxilia no tratamento da doença. Com toda pesquisa realizada, foi identificado que a Baixada Maranhense carece de equipamentos públicos que oferecem esse tipo de apoio para a população, embora existam alguns hospitais e centros de tratamento no Estado, mas os mesmos não são capazes de suprir as necessidades específicas do público alvo, especialmente nessa região da Baixada Maranhense. Além disso, não há o que se assemelhe a estrutura oferecida pela unidade, que conta com espaço democrático e diversificado, humanizado e preparado exclusivamente para os pacientes com câncer, oferecendo conforto e bem-estar.

Palavras-chave: Centro de Tratamento. Câncer. Ambiente Humanizado

LISTA DE FIGURAS

ABNT- Associação Brasileira de Normas Técnicas

ALML – Área Livre Mínima do Lote

ATME – Área Total Máxima do Lote

RDC 50 – Resolução da Diretoria Colegiada

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Hospital Albert Einstein	22
Figura 2 – Projeto Unidade Avançada Perdizes - Hospital Albert Einstein	24
Figura 3 - Design Unidade Avançada Perdizes - Hospital Albert Einstein	26
Figura 4 – Espaço Humanizado Unidade Avançada Perdizes - Hospital Albert Einstein	27
Figura 5 - Hospital de Cura Hospital San Raffaele em Milão	28
Figura 6 – Taxas de Novos casos em 2020 no Maranhão – INCA	49
Figura 7 – Localização do Terreno	57
Figura 8 – Vias de acesso ao hospital	58
Figura 9 – Programa de Necessidades	59
Figura 10 – Estudo Bi climático	60
Figura 11 – Organograma	61
Figura 12 – Fluxograma Térreo	62
Figura 13 – Fluxograma 1º Pavimento	62
Figura 14 – Fluxograma 2º Pavimento	63
Figura 15 – Layout Térreo	64
Figura 16 – Layout 1º Pavimento	65
Figura 17 – Layout 2º Pavimento	66

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 ARQUITETURA HUMANIZADA	25
2.1 Arquitetura e Saúde	27
2.1.1 Adaptando o ambiente para atender às necessidades do paciente e da equipe de saúde	28
2.1.2 Design Salutônico	28
2.1.3 O ambiente construído, saúde e bem-estar	30
2.1.4 Natureza e seu significado para a saúde	31
2.1.5 A influência da luz na saúde	32
2.1.6 Arte, cura e bem-estar	33
2.1.7 O ambiente físico e produtividade	34
3 REFERÊNCIAS PROJETUAIS DE EDIFÍCIOS HUMANIZADOS	36
3.1 Unidade Avançada Perdizes - Hospital Albert Einstein	36
3.1.1 Informações arquitetônicas	37
3.1.2 Sustentabilidade	38
3.1.3 Localização	39
3.1.4 Acessibilidade	39
3.1.5 Design	39
3.1.6 Humanização	40
3.1.7 Estratégia	41
3.2 Hospital de Cura Hospital San Raffaele em Milão	42
3.2.1 Informações arquitetônicas	42
3.2.2 Sustentabilidade	43
3.2.3 Acessibilidade	44
3.2.4 Design	44
3.2.5 Humanização	45
3.2.6 Estratégia	46
4 PÚBLICO ALVO DO PROJETO	46
5 CONCEITO E DIRETRIZES	50
Conceito do projeto	50

5.2. Conforto Acústico	52
5.3 Conforto Visual: Iluminação e Cores	54
5.4 Cores	54
5.5 Diretrizes	56
5.6 Diretrizes Urbanística	56
6. MEMORIAL JUSTIFICATIVO	57
7 CONCLUSÃO	69
REFERÊNCIAS	72

1 INTRODUÇÃO

O câncer é o crescimento descontrolado de células anormais no corpo. O câncer se desenvolve quando o mecanismo de controle normal do corpo para de funcionar. As células velhas não morrem e, em vez disso, crescem descontroladamente, formando células novas e anormais. Essas células extras podem formar uma massa de tecido, chamada de tumor. Alguns tipos de câncer, como a leucemia, não formam tumores (Jung, 2019).

Para pacientes que lutam contra tratamentos severos e a devastação de doenças, um ambiente hospitalar desolador pode destruir a vontade essencial de lutar. O que eles precisam é de força física, emocional e mental para seguir em frente, armados com a determinação de um dia recuperar suas vidas destruídas.

Conforme Maggie (2020) a arquitetura não se limita ao físico - o design orienta uma experiência vivida que investiga os domínios da antropologia, psicologia e espiritual.

Podemos perceber a necessidade de um ambiente diferenciado quando começamos a observar o dia a dia dos pacientes com câncer, em uma estrutura hospitalar comum, por exemplo, o horário de visitas é limitado, então o paciente obrigatoriamente precisa aceitar o isolamento. Seus sentidos se atrofiam com a ausência de música, arte e cultura. Existem poucos espaços comuns para se socializar e menos espaços contemplativos para meditar. Pouco ou quase nenhum contato com o sol e com a natureza. Os corredores atuam como armadilhas espaciais estreitas. Ou seja, o paciente está essencialmente reduzido à doença que o aprisiona.

Além de saber que seus dias de luta podem ser poucos, o paciente ainda precisa concordar em isolar-se e manter-se em um local sem estímulos, o que de fato, pode trazer problemas em sua recuperação. É necessário, que exista uma preocupação com o espaço, para que os pacientes fiquem em um ambiente melhor, e tenham forças para lutar e se recuperar.

Assim, busca-se com esse projeto criar um espaço humanizado projetado especificamente para pacientes com câncer, de modo que recebam tratamento médico junto com formas alternativas de atendimento (orientação

emocional, aconselhamento dietético, terapia de relaxamento e beleza) sendo realizada em sua totalidade.

Busca-se oferecer uma convergência da alvenaria tradicional com elementos limpos e modernos. Um interior de plano aberto incentiva o movimento natural, a circulação e a conectividade com a natureza, enquanto pequenos recantos privados fornecem fugas seguras e silenciosas quando os pacientes precisam de solidão. Ou seja, criar um ambiente que possa promover uma espécie de “efeito placebo arquitetônico”

Conforme Maggie (2020) embora nada além de um tratamento médico agressivo possa atingir diretamente a própria doença, o "bom" design pode na verdade servir como uma forma alternativa de terapia - e a visão para melhorar a experiência do paciente com câncer por meio de manipulação espacial cuidadosa, certamente oferece bons resultados no tratamento e na cura.

Vale destacar que o ambiente que será proporcionado aos pacientes, deve oferecer no mínimo o conforto de um lar, por exemplo, a presença de uma cozinha aberta onde os pacientes podem se reunir à vontade para tomar uma xícara de chá e compartilhar risos, lágrimas e sabedoria; salas de estar espaçosas e bem iluminadas; acesso a um jardim ou alguma forma de vegetação; e vistas naturais deslumbrantes que impressionam e inspiram, são fundamentais no projeto em questão.

Ter câncer é como embarcar em uma jornada, você não sabe onde vai terminar. Requer força para enfrentar a doença e assumir a nova identidade de paciente com câncer. Pensando nisso, essa pesquisa mostra que a arquitetura pode ter um efeito positivo na recuperação das pessoas com essa doença. Uma escala humana e uma atmosfera acolhedora podem ajudar as pessoas a melhorar. Apesar disso, a maioria dos hospitais dificilmente é confortável. Encontrar o caminho da recepção até a cantina pode ser difícil. Se queremos que as pessoas melhorem em nossos hospitais, precisamos desinstitucionalizar e criar um serviço de saúde acolhedor.

Observando as dificuldades de amigos e até mesmo familiares, pelo apoio e atendimento nas áreas oncológicas. Nota-se a carência em conseguir atendimento específicos e ainda maior na região da baixada maranhense, que muitos não buscam atendimento devido ser na capital do estado, levando em

consideração alguns pontos como: atendimentos imediatos, por não ter onde ficar, receber o atendimento necessário na capital. Visando essa carência, será planejado um local seguro, confortável, digno, seguro e ofereça bem-estar ao paciente.

O Centro de Câncer e Saúde, projetado neste estudo, considerando a área da Baixada Maranhense, busca apresentar esse espaço humanizado e que ofereça bem-estar e auxilia no tratamento, e porque não, na cura, de pessoas com câncer.

As instalações de saúde são projetadas para aprimorar a capacidade da equipe hospitalar de fornecer atendimento de alta qualidade e eficiência. No entanto, o poder da própria arquitetura para impactar o tempo de recuperação do paciente e a eficácia geral de uma instalação tende a ser negligenciado.

O novo termo “arquitetura de cura” indica que o ambiente construído tem a capacidade de impactar a saúde e o bem-estar psicológico dos pacientes. Recursos como salas iluminadas, acesso à luz natural, grandes janelas, plantas locais e visitas externas podem melhorar o processo de cura, proporcionando aos pacientes um estímulo psicológico e físico.

Segundo Frampton (2009), o envelhecimento da geração cujo comportamento tem regido as diretrizes da economia nas últimas cinco décadas, a humanização, é um dos fatores que têm influenciado diretamente no aumento da demanda por serviços de saúde e conseqüentemente o aumento da expectativa do consumidor em relação à sua experiência na área de saúde.

Além disso, temos cada vez mais consciência da importância da medicina preventiva, estimulada por um anseio por longevidade, bem-estar e qualidade de vida (PILZER, 2002).

Frampton (2009) também afirma que o acesso ilimitado a informações de saúde aprimoradas pela internet tem promovido usuários mais críticos e exigentes. Com isso, o paciente perde a atitude de submissão e resignação para se defender de seus direitos, exigindo um tratamento mais diferenciado.

Taraboulsi (2003) enfatiza a importância dos gestores hospitalares em ver (e tratar) os pacientes como clientes que desejam ser ouvidos,

respeitados e ter suas necessidades atendidas. Ao afirmar que o consumidor de saúde está mais consciente e exigente do que nunca, Taraboulsi (2003) também destaca que o nível de críticas e demandas por parte deles disparou.

Partindo desse pressuposto, todos os que frequentam uma unidade de saúde são formadores de opinião e, doravante, potenciais clientes. Com isso, o conceito de cliente torna-se mais amplo, significando não apenas o usuário do serviço, mas também familiares, companheiros, amigos e visitantes; este novo cliente tem novas necessidades identificadas e lacunas a serem preenchidas.

Se por um lado a demanda aumentou, assim como a demanda dos usuários, por outro, a concorrência também.

Segundo Maia e Gil (2008), as mudanças mais relevantes no sistema de saúde tiveram início na década de 1970, quando teve início o movimento de introdução do capitalismo nos serviços de saúde, que deu origem ao complexo médico-hospitalar.

Esse movimento teve sua origem quando profissionais de saúde e investidores viram no grupo de moradores que não eram atendidos pelo governo (até a década de 1930 os serviços públicos estavam voltados exclusivamente para o atendimento de pessoas carentes) um nicho de mercado muito atraente. Foi a inadequação do sistema público para atender essa população, até então carente de serviços de qualidade, que possibilitou esse movimento abrindo espaço para a institucionalização da saúde pública.

O rápido processo de contratação de médicos e outros profissionais, o crescimento de estabelecimentos privados lucrativos, a queda na importância das instituições filantrópicas e de caridade que governavam então e a lenta constituição de uma ideologia empreendedora no setor de saúde foram fundamentais para a institucionalização da Saúde (PANORAMA SETORIAL, p. 14, 1999).

Maia e Gil (2008) também afirmam que o segmento tem experimentado rápida expansão e euforia devido à valorização das redes privadas e ao início da medicina de grupo, por meio das operadoras de saúde e seguros. Os escritores dizem que até 1983 a Golden Cross detinha 95% do mercado nacional de seguros e saúde. A empresa começou em 1971 e foi líder de mercado até 1985, quando os principais bancos comerciais lançaram seus seguros de saúde (LAS CASAS, 1993).

Naturalmente, para as instituições de saúde brasileiras sobreviverem, elas precisam fornecer os serviços de alta qualidade e excelência que as pessoas procuravam.

Este trabalho tem como objetivo geral elaborar um centro de oncologia, baseado nos princípios de arquitetura hospitalar humanizada, em nível de estudo preliminar, para a cidade de Matinha na baixada maranhense – Maranhão. Visando a qualidade do atendimento, criando um humanizado, que crie consciência sobre o câncer sem estigmatizar os pacientes, que será traçado pelos objetivos específicos fundamentais no desenvolvimento do projeto, tais como: identificar aspectos na arquitetura que auxiliam no desenvolvimento dos pacientes através da humanização nos ambientes; analisar local de implantação de empreendimento e suas características; analisar a RDC50 – visa que trata dos aspectos sobre planejamento de estabelecimento de saúde; analisar a NBR 9050: Acessibilidade a edificações, mobiliários, espaços e equipamentos urbanos.

Inicialmente será realizada uma revisão integrativa, realizada a partir de uma busca em vários estudos publicados, que permitirá a formulação de novos conhecimentos baseados nos resultados encontrados. A revisão foi realizada em duas etapas: Fundamentação Teórica, e Pesquisa de Campo. O primeiro terá desenvolvido por meios de pesquisas bibliográficas, artigos, trabalhos de conclusão de curso, referentes à arquitetura hospitalar, à humanização nos ambientes, além das dificuldades que foram citadas, além de projetos como referências nesse ramo, para auxiliar no desenvolvimento e concepção desse projeto. O segundo, baseado por visitas ao terreno escolhido para implantação do projeto, será analisado para coleta de dados como dimensões, ventilação, acessos, fotografado para que seja documentado e estudado antes da elaboração do projeto. Será realizada uma visita a Prefeitura Municipal em busca de informações do terreno e sobre suas condicionantes. Após a análise in loco, o projeto será iniciado, a planta baixa será elaborada e depois transferida para o Autocad para que o 3D seja confeccionado.

As instalações de saúde são projetadas para aprimorar a capacidade da equipe hospitalar de fornecer atendimento de alta qualidade e eficiência. No entanto, o poder da própria arquitetura para impactar o tempo de

recuperação do paciente e a eficácia geral de uma instalação tende a ser negligenciado.

O novo termo “arquitetura de cura” indica que o ambiente construído tem a capacidade de impactar a saúde e o bem-estar psicológico dos pacientes. Recursos como salas iluminadas, acesso à luz natural, grandes janelas, plantas locais e vistas externas podem melhorar o processo de cura, proporcionando aos pacientes um estímulo psicológico e físico.

Segundo Frampton (2009), o envelhecimento da geração cujo comportamento tem regido as diretrizes da economia nas últimas cinco décadas, a humanização, é um dos fatores que têm influenciado diretamente no aumento da demanda por serviços de saúde e conseqüentemente o aumento da expectativa do consumidor em relação à sua experiência na área de saúde.

Além disso, temos cada vez mais consciência da importância da medicina preventiva, estimulada por um anseio por longevidade, bem-estar e qualidade de vida (PILZER, 2002).

Frampton (2009) também afirma que o acesso ilimitado a informações de saúde aprimoradas pela internet tem promovido usuários mais críticos e exigentes. Com isso, o paciente perde a atitude de submissão e resignação para se defender de seus direitos, exigindo um tratamento mais diferenciado.

Taraboulsi (2003) enfatiza a importância dos gestores hospitalares em ver (e tratar) os pacientes como clientes que desejam ser ouvidos, respeitados e ter suas necessidades atendidas. Ao afirmar que o consumidor de saúde está mais consciente e exigente do que nunca, Taraboulsi (2003) também destaca que o nível de críticas e demandas por parte deles disparou.

Partindo desse pressuposto, todos os que frequentam uma unidade de saúde são formadores de opinião e, doravante, potenciais clientes. Com isso, o conceito de cliente torna-se mais amplo, significando não apenas o usuário do serviço, mas também familiares, companheiros, amigos e visitantes; este novo cliente tem novas necessidades identificadas e lacunas a serem preenchidas. Se por um lado a demanda aumentou, assim como a demanda dos usuários, por outro, a concorrência também.

Segundo Maia e Gil (2008), as mudanças mais relevantes no sistema de saúde tiveram início na década de 1970, quando teve início o movimento de introdução do capitalismo nos serviços de saúde, que deu origem ao complexo médico-hospitalar.

Esse movimento teve sua origem quando profissionais de saúde e investidores viram no grupo de moradores que não eram atendidos pelo governo (até a década de 1930 os serviços públicos estavam voltados exclusivamente para o atendimento de pessoas carentes) um nicho de mercado muito atraente. Foi a inadequação do sistema público para atender essa população, até então carente de serviços de qualidade, que possibilitou esse movimento abrindo espaço para a institucionalização da saúde pública.

O rápido processo de contratação de médicos e outros profissionais, o crescimento de estabelecimentos privados lucrativos, a queda na importância das instituições filantrópicas e de caridade que governavam então e a lenta constituição de uma ideologia empreendedora no setor de saúde foram fundamentais para a institucionalização da Saúde (PANORAMA SETORIAL, p. 14, 1999).

Maia e Gil (2008) também afirmam que o segmento tem experimentado rápida expansão e euforia devido à valorização das redes privadas e ao início da medicina de grupo, por meio das operadoras de saúde e seguros. Os escritores dizem que até 1983 a Golden Cross detinha 95% do mercado nacional de seguros e saúde. A empresa começou em 1971 e foi líder de mercado até 1985, quando os principais bancos comerciais lançaram seus seguros de saúde (LAS CASAS, 1993).

Naturalmente, para as instituições de saúde brasileiras sobreviverem, elas precisam fornecer os serviços de alta qualidade e excelência que as pessoas procuravam.

Devido a uma maior demanda de usuários e maior competição por provedores de serviços, duas tendências principais saem:

Hotelaria Hospitalar: visa atender as necessidades dos clientes (incluindo pacientes, parentes, companheiros, amigos e visitantes) por meio de serviços cordiais e hospitaleiros, além de apresentar serviços de apoio tradicionalmente oferecidos por hotéis adaptados e aplicados à realidade hospitalar, agregando valor e contribuindo para uma melhor percepção sobre a experiência da hospitalização.

Busca pela Qualidade: visando corrigir e aprimorar serviços e processos; mais eficiência e segurança; economia e inteligência na utilização de recursos; e, acima de tudo, aumentar a satisfação do cliente por meio da melhoria contínua rumo à excelência.

Mudanças na arquitetura, agenda social, serviços de hotelaria com porteiro e porteiro devidamente vestidos e equipados para hospedar o cliente de saúde, pinturas penduradas na parede, música, restaurante, piano-bar e músicos atuando (piano e violino) dão a impressão de ter o endereço errado. Ao entrar no saguão de alguns hospitais particulares, pode-se ter a sensação de estar em um hotel cinco estrelas. Macas, massa de clientes de saúde esperando para serem atendidos, cadeiras de rodas enfileiradas, ambiente frio com cheiro de éter são cenas do passado. Ao abraçar essa inovação, alguns hospitais estão se parecendo menos com um hospital. (TARABOULSI p. 42, 2003)

Desvincular o ambiente hospitalar de uma percepção tão fria, escura e hostil quanto a doença é uma das metas dos serviços de hotelaria hospitalar. Também tem se estabelecido como tendência irreversível para as instituições hospitalares que perceberam que precisam conquistar clientes fiéis para sobreviver.

Segundo Brandalise (2010), os serviços de hotelaria em hospitais têm sido utilizados como ferramenta de fortalecimento da marca, atraindo um público externo, promovendo eventos e oferecendo serviços de qualidade para quem mora ou trabalha nas proximidades.

No Hospital do Coração (HCor), em Paraíso, zona sul de São Paulo, por exemplo, os pratos que saem da cozinha não são geléia e sopa de arroz sem sal. No cardápio diário há cinco tipos de saladas, carnes de todos os tipos e até feijoada (porco, arroz e feijão preto) nas refeições disponíveis não só para pacientes, acompanhantes e médicos, mas para quem quiser (BRANDALISE, 2010).

Cláudio Lottenberg (médico e presidente da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein) destaca a importância de dissociar o ambiente hospitalar da doença e ao falar sobre a inauguração do novo auditório do hospital finaliza sua linha de pensamento ao afirmar que “Ligar saúde e cultura é algo que tem que se tornar corriqueiro. Faz parte de uma compreensão ampla do que significa saúde. (...) Mas é certo que (o auditório)

vai atrair as pessoas a aprenderem melhor sobre saúde questões e - porque não? - Para se divertir ". (BRANDALISE, 2010 p. 11)

Boeger (2009) vai além ao enfatizar o impacto dos serviços hoteleiros na experiência da hospitalização. Para os pacientes e acompanhantes a forma de tratamento durante os serviços prestados é mais fácil de perceber do que o investimento feito em alta tecnologia e em equipamentos e o excelente desempenho técnico dos médicos.

Portanto, dependendo de como cada instituição é administrada, o cluster de serviços hoteleiros pode incluir:

Gastronomia: serviço de nutrição e dieta aliado à criatividade dos chefs; serviço de quarto; possibilidade de escolher entre outros restaurantes.

Governança: serviços de lavanderia, higiene, manutenção e jardinagem, decoração de interiores e controle de pragas.

Segurança: segurança patrimonial, vigilância, estacionamento e hall de entrada.

Front Office e Hosting: recepção; admissão; hospitalidade (incluindo serviço de concierge) e atendimento ao cliente ou ombudsman.

A implementação desses serviços em hospitais na última década foi pioneira; no entanto, ainda existe uma etiqueta que acompanha o conceito: hotéis costumam ser associados ao luxo, hospitalidade ao bem-estar e Hotelaria hospitalar a hospitais privados.

Porém, quando os conceitos de hotelaria e hospitalidade são totalmente compreendidos, a associação mais rápida deve ser: acolhimento, educação, polidez e tendência para servir. Segundo Boeger (2011), a hospitalidade está ligada a atitudes pré-estabelecidas, ou seja: comportamentos que dependem de pessoas e não exclusivamente de recursos para serem implementados.

Para melhor ilustrar o conceito de Hospital Hotelaria ligada à hospitalidade, Gomes (apud Boeger, 2011) destaca que o objetivo central da área é "demonstrar ao cliente que ele está no centro de tudo, que ele é a maior preocupação da instituição, que o hospital esteja ao seu lado para cuidar do seu bem-estar físico, mental e emocional, ajudando-o a superar esse desvio em sua vida" (p. 56).

Esta é a origem do conceito de “humanização hospitalar”, reforçando a necessidade de incluir ações que respeitem e valorizem o cliente de saúde como ser humano como cultura institucional e não apenas como implementação de ações isoladas e esforço individual.

Como resultado, pode-se concluir que os serviços de humanização em hospitais devem ter a interface comportamental profundamente ligada à missão, visão e valores das instituições. Caso contrário, o cluster que forma este departamento acaba sendo um conjunto de serviços de apoio e comodidade oferecidos aos pacientes e acompanhantes, não agregando nenhum valor de singularidade apesar da facilidade.

Os edifícios hospitalares evoluíram ao longo do tempo seguindo as novas tecnologias, as preocupações com a higiene e as soluções arquitetônicas que priorizam a iluminação e ventilação natural (COSTI, 2002).

Consequentemente, a influência da luz no ambiente hospitalar - seja em espaços utilizados por pacientes ou trabalhadores - tem sido abordada por alguns profissionais utilizando novas abordagens de iluminação (FONSECA, 2000 apud HOREVICZ e DE CUNTO, 2007).

Toledo (2006) acredita que a percepção do cliente sobre as edificações hospitalares no Brasil tem sido pouco explorada ao se considerar o conceito de humanização, diminuindo as chances de atendimento às suas expectativas e necessidades, o que refletirá na qualidade da fábrica e na humanização dos ambientes hospitalares.

Ele acrescenta que trabalhadores e clientes têm requisitos visuais para elementos quantitativos em relação à iluminação. Porém, as fábricas costumam adotar padrões consagrados, nem sempre os mais adequados, que levam a soluções falhas ou que não atendem às necessidades pretendidas (TOLEDO, 2006, p. 96).

Zumtobel (2008) assume que a luz natural é um fator chave para este tipo de ambiente durante o dia; durante a noite, deve haver um planejamento das principais atividades com o uso de iluminação artificial. Em locais sem iluminação natural, existe a possibilidade de criar, com iluminação artificial, os efeitos da luz do dia, incluindo as suas variações ao longo do dia, o que pode diminuir a ansiedade, despertando bem-estar e ajudando a apaziguar familiares ou visitantes. Por isso, o projeto de iluminação de um hospital é tão

importante quanto o planejamento de todo o edifício, principalmente se considerado como o principal fator para promover a humanização do espaço físico (ZUMTOBEL, 2008).

Mezono (1995) destaca que a humanização hospitalar é também a humanização da sociedade como um todo, ressaltando que uma sociedade violenta, iníqua e excludente interfere no contexto dos estabelecimentos de saúde, principalmente os hospitais. Humanizar os hospitais é fazer o que for preciso para torná-los mais adequados para as pessoas, respeitando seus direitos.

Dessa forma, prédios hospitalares bem ventilados e iluminados com ambientes agradáveis aceleram o processo de cicatrização dos pacientes, uma vez que eles se sentem mais confortáveis para enfrentar a exaustiva rotina de internações.

No Brasil, as normas de humanização são estabelecidas pelo Ministério da Saúde por meio de programas governamentais, como o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH); o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN); e a Política Nacional de Humanização (PNH) (VAITSMAN; ANDRADE, 2005). O HumanizaSUS foi desenvolvido com o objetivo de oferecer atendimento humanizado aos dependentes do SUS, pois acredita-se que sejam necessários investimentos na melhoria da gestão das instituições e dos serviços prestados à população, bem como em equipamentos, tecnologias e recursos reforma de instalações (BRASIL, 2002).

Ações realizadas junto aos órgãos nacionais de saúde e hospitais têm nos levado a importantes avanços no relacionamento entre clientes e profissionais, além de melhor organizar o atendimento, cuidar melhor das instalações, melhorar o acesso e a comunicação com o hospital, além de capacitar a implantação de projetos de humanização (BRASIL, 2002).

A humanização pode ser entendida como a democratização da relação entre trabalhadores, clientes e gestores. A Política Nacional de Humanização (Humaniza / SUS) é vista como modelo para uma assistência assistencial mais efetiva, com foco na comunicação, troca de informações e conhecimentos, conversação, escuta mútua e compartilhamento de decisões entre trabalhadores, gestores e clientes (KLOCK et al., 2006).

Apesar disso, a integração desses ambientes hospitalares requer um processo de humanização que se tornou mais natural para as unidades de saúde, pois a forma como clientes e trabalhadores reconhecerem o espaço definirá a barreira da interação entre usuário e espaço, que pode ser positiva ou negativa para recuperação.

O tema para o projeto foi escolhido, também, como justificativa pessoal, pois tenho parentes próximos, e convívio com pessoas que têm dificuldades em fazer o tratamento adequado, devido a dificuldades de ter acesso ao tratamento e pôr na maioria das vezes não ter como se deslocar até a capital, devido de acesso e até mesmo dificuldades financeiras na maioria dos casos. Presencie relatos de pacientes que não viriam fazer o tratamento porque não tinha onde ficar, ou seja é muito doloroso ver pessoas sofrendo devido às dificuldades que poderiam ser resolvidas de tal maneira, e muitos deles são da zona rural ou até mesmo das cidades. O ginecologista Dr. Safira de Araújo, vem desenvolvendo um trabalho que dá todo apoio e consegue trazer algumas das suas pacientes, conseguindo atendimento com colegas, que ajuda de forma como pode, porém, nem sempre pode ajudar a todos.

2 ARQUITETURA HUMANIZADA

Conforme Bona (2016) humanizar a arquitetura traz o aspecto humano para, o que pode parecer a muitos, o mundo frio e inacessível das construções. Ele pega grandes estruturas de aço, concreto e vidro e as torna identificáveis ao destacar o elemento humano.

Como lembra Ciaco (2010) quase todo indivíduo está constantemente interagindo com o ambiente construído, porque ele constantemente nos rodeia.

[...] dormimos em edifícios, comemos em edifícios, trabalhamos, brigamos e amamos em edifícios. Quando temos um “momento a sós”, normalmente é dentro do ambiente construído. Usamos o termo ambiente construído aqui porque muitas das coisas que fazemos acima são externas, mas isso também conta como ambiente construído, porque paisagens, estradas, calçadas e até mesmo a cidade são meticulosamente planejados, projetados e construídos. Raramente nos encontramos na “natureza” real, a menos que realmente escapemos para o deserto (até mesmo trilhas para caminhadas e bicicletas são projetadas e planejadas) (CIACO, 2010 p.89).

Vendo o mundo por essa perspectiva, pode-se entender por que achamos curiosa a noção de que esse ambiente, que todos nós devemos ocupar e interagir ou negociar constantemente, precisa ser mais identificável ou humanizado.

No entanto, reconhece-se que a indústria da construção pode ser facilmente mal compreendida. É muito complexo. No entanto, não importa quais sejam os pensamentos, pontos de vista e opiniões de alguém sobre o ambiente construído, descobrimos que poucos apreciam ou refletem sobre esta noção simples, conforme Ribeiro (2007) o ambiente construído é a manifestação final de nosso status econômico, poder político e valores sociais.

Esta é uma declaração poderosa; mas o que isso significa tanto para o cidadão quanto para o designer? Da miríade de pessoas preocupadas em tornar o edifício uma realidade, às multidões que mais tarde irão ocupá-lo?

Em primeiro lugar, a economia pode parecer simples; é preciso dinheiro para construir edifícios. Mas essa é uma interpretação unidimensional da ideia. Em vez disso, devemos ver essa declaração na escala macro de

nossa comunidade. Todos nós investimos em nossos espaços. Mostra o que valorizamos.

Conforme Ciaco (2010 p. 90):

Pagamos mais por janelas maiores em nossa casa? Cuidamos de nossos jardins? Nosso comportamento econômico dita o que gostamos e o que não gostamos, e isso molda o mercado do ambiente construído, ou seja, o que vai vender e o que não vai. As pessoas querem um mercado ao ar livre ou um serviço privado porta a porta? Nossas próprias preferências, desejos e desejos são executados economicamente.

Dessa forma, se valorizamos e investimos em nosso ambiente construído, ele exhibe e personifica esse investimento. É a razão pela qual grandes sociedades antigas construíram estruturas grandes e extravagantes.

Em segundo lugar está o poder político. Todos os edifícios são regulamentados por órgãos governamentais. Tanto a nível objetivo, como a saúde, segurança e bem-estar do público, como também a nível subjetivo (principalmente a nível local) para controlar o crescimento ou mesmo a forma e a estética dos edifícios.

Conforme Ribeiro (2007) algumas medidas de política são votadas; mas mesmo aqueles que não são, ainda são moldados pela política. O ambiente construído é o foco constante dos esforços políticos, e deve ser; afinal, todos nós ocupamos uma cidade e seus sistemas moldam nossas vidas, para o bem e para o mal.

Por último, nossos valores sociais, talvez surpreendentes para alguns, são o que mais moldam nosso ambiente construído. Em última análise, nossos valores sociais ditam o que acreditamos que um edifício deve ou não ser, como pensamos que nossas cidades devem ou não se comportar e com base no que nossos edifícios devem ou não ser feitos.

Conforme Bona (2016) se uma comunidade valoriza muito os esportes e a competição, é seguro presumir que haverá grande valor agregado à construção e ao projeto de um estádio. Esses componentes definirão como queremos que nossas cidades sejam construídas e até mesmo como nossos designers pensam. Os edifícios são projetados para durar, os bons edifícios são atemporais, mas todos eles são um reflexo de seu tempo.

Talvez todos esses pensamentos possam ser mais bem presumidos por um contemporâneo da arquitetura, Bjarke Ingels, que disse: “No panorama geral, arquitetura é a arte e a ciência de garantir que nossas cidades e edifícios se ajustem à maneira como queremos viver nossas vidas”.

2.1 Arquitetura e Saúde

Embora o termo “arquitetura” muitas vezes invoque ideias de design visual, edifícios e cidades são, é claro, mais do que apenas objetos estáticos para os quais olhamos. Entramos e saímos deles, interagimos com eles - vivemos e respiramos neles.

Arquitetura e saúde são intimamente dependentes. A arquitetura influencia de forma mais positiva a saúde humana ao se adequar às suas necessidades. Porém, a humanização dos espaços hospitalares nem sempre foi evidente. Desde o fim da Segunda Guerra Mundial, de fato, os hospitais são bons edifícios se atenderem apenas aos requisitos tecnológicos e funcionais. Lidar com a humanização e sua qualidade arquitetônica significa focar as necessidades humanas e entender sua interação com o meio ambiente.

Nestes termos, não é fácil definir a qualidade arquitetônica, pois ela se baseia em princípios, que por sua vez não são quantificáveis. No entanto, existem vários estudos de diferentes disciplinas que permitem escolhas em termos de “valor acrescentado que pode ser alcançado”.

Nota-se que com o aumento das taxas de obesidade e doenças crônicas associadas a estilos de vida sedentários, os arquitetos estão pensando ainda mais sobre as maneiras pelas quais as pessoas interagem fisicamente com (e são impactadas) pelo ambiente construído.

Conforme Ribeiro (2007) arquitetos e planejadores urbanos estão procurando novas maneiras de melhorar a saúde e garantir que nosso meio ambiente melhore, em vez de prejudicar, o bem-estar físico. Eles estão trabalhando com as comunidades para projetar edifícios individuais e bairros inteiros que promovam a saúde física, mental e social.

Exemplos de “design ativo” são ciclovias e redes de ruas que se conectam a parques e vias verdes para incentivar as pessoas a se

movimentarem. E também ambientes humanizados que possibilitam uma maior qualidade de vida aos pacientes.

Os pesquisadores também estão observando atentamente as infra-estruturas alimentares e, especificamente, como o acesso a alimentos frescos afeta a saúde e pode ser melhorado para melhorar a saúde. Os resultados podem nos levar a um lugar mais saudável e também para ambientes mais naturais e de contato com uma vida saudável e a natureza.

Conforme Ciaco (2010) acreditamos estar cada vez mais conscientes de um meio ambiente saudável, dos problemas de poluição, obesidade, aquecimento global, solidão, destruição de espécies e surgimento de superbactérias. Temos consciência da necessidade de exercícios, luz solar, vitaminas, contato com a natureza e laços sociais. Mesmo os governos estão mudando sua medição bidimensional da vida nacional do PIB para o bem-estar, o notoriamente vago “índice de felicidade”. A saúde foi mercantilizada, comercializada, personalizada e politizada.

2.1.1 Adaptando o ambiente para atender às necessidades do paciente e da equipe de saúde

Arquitetura e design foram influenciados por sociedades industriais por décadas. Como resultado, prédios públicos como hospitais costumam ser projetados para funcionar e parecer fábricas. A prática clínica em hospitais concentra-se principalmente no tratamento de doenças, embora frequentemente negligenciam as necessidades psicológicas, sociais e espirituais do paciente. As qualidades ambientais que poderiam ser consideradas de suporte psicossocial não foram totalmente desenvolvidas (LIMA, 2014).

2.1.2 Design Salutônico

O design de apoio psicossocial estimula e envolve as pessoas, tanto mentalmente quanto socialmente, e apoia o senso de controle do indivíduo. A função básica do design de apoio psicossocial é iniciar um processo mental atraindo a atenção humana, o que pode reduzir a ansiedade e promover

emoções psicológicas positivas. Os processos de saúde podem ser fortalecidos e promovidos com a implementação de um design salutogénico, ou seja, que se concentre nos fatores que nos mantêm bem, e não nos que nos fazem mal.

O objetivo do design salutogénico é criar ambientes que estimulem a mente a fim de criar prazer, criatividade, satisfação e prazer. Existe uma relação importante entre a saúde de um indivíduo e as características do ambiente físico.

O ponto de vista holístico enfatiza múltiplas dimensões da saúde, incluindo a física, psicológica, emocional, espiritual e social (Karmann, 1970). Do ponto de vista da pesquisa, a saúde pode ser dividida em pontos de partida patogênicos e salutogénicos.

A pesquisa patogênica se concentra em explicar por que certos fatores etiológicos causam doenças e como eles são desenvolvidos no organismo fisiológico (ANTONOVSKY, 1991). O objetivo principal da pesquisa patogênica é frequentemente encontrar tratamentos médicos (ANTONOVSKY, 1991).

A pesquisa salutogênica é baseada na identificação de fatores de bem-estar que mantêm e promovem a saúde. Juntas, as abordagens salutogênica e patogênica oferecem um conhecimento e compreensão mais profundos da saúde e da doença (ANTONOVSKY, 1991).

Para responder à pergunta salutogênica - o que está causando e mantendo pessoas saudáveis? Antonovsky (1991) desenvolveu o conceito de senso de coerência (SOC). Uma pessoa com um alto senso de coerência escolhe a estratégia de enfrentamento mais apropriada em uma situação estressante. Por exemplo, a pessoa pode decidir lutar, fugir ou ficar quieta dependendo do tipo de estresse a que o indivíduo está exposto. A pesquisa mostrou que é possível medir o senso de coerência de uma pessoa e, assim, prever a saúde de um indivíduo (COSTI, 2002).

O conceito de senso de coerência tem três componentes vitais: compreensibilidade, gerenciabilidade e significância. Uma pessoa com um forte senso de coerência pontua alto em todos os três componentes.

Segundo Antonovsky (1991), o termo compreensibilidade implica que o indivíduo perceba o ambiente ao seu redor e o que está acontecendo no mundo como coerente. Se algo inesperado está acontecendo, como um

acidente ou falha pessoal, a pessoa que entende por que isso está acontecendo tem um senso de coerência maior do que aquela que não consegue. Uma pessoa com baixo senso de coerência se percebe como azarada.

Gerenciabilidade significa que as pessoas têm todos os recursos necessários para lidar com um determinado desafio ou demanda, sentem que estão influenciando o que está acontecendo ao seu redor e não se percebem como vítimas das circunstâncias.

Significância é o componente que motiva o senso de coerência de uma pessoa. Antonovsky (1991) acredita que o senso de significância de uma pessoa está conectado à sua percepção de que existem fenômenos importantes e significativos na vida.

2.1.3 O ambiente construído, saúde e bem-estar

Existe uma interação entre a saúde humana e o ambiente construído. O ambiente físico não é apenas vital para uma boa saúde, mas pode ser um estressor crítico para o indivíduo. Os elementos físicos em uma organização podem contribuir para o estresse e, portanto, são fatores essenciais para aumentar o conforto (DILANI 2001).

A maioria das pessoas no mundo ocidental passa a maior parte do tempo em ambientes fechados. Há uma falta de conhecimento sobre como esses ambientes afetam a saúde e o bem-estar. Existe uma crença geral de que os humanos estão sempre se adaptando ao meio ambiente (DILANI 2001).

Essa teoria da adaptação indica que as pessoas se tornam menos conscientes do ambiente quanto mais tempo residem ou trabalham naquele ambiente (COSTI, 2002). Uma crença geral é que, se alguém se deixa afetar pelo ambiente físico, isso é um sinal de fraqueza.

Para criar ambientes físicos de apoio, é crucial compreender as necessidades fundamentais de um indivíduo. Também é necessário que diferentes disciplinas profissionais cooperem de boa vontade na criação das melhores condições para os humanos (LUKIANCHUKI, 2010).

Heerwagen et al. (1995), criou uma estrutura e diretrizes para design salutogénico, que destacou os seguintes fatores:

- Coesão social com pontos de encontro formais e informais;
- Controle pessoal para regular a iluminação, luz do dia, som, temperatura e acesso a salas privadas;
- Restauração e relaxamento com quartos sossegados, iluminação suave, acesso à natureza e uma boa vista.

No século XIX, *Florence Nightingale* desenvolveu uma teoria da saúde, que enfatizava que elementos físicos como ruído, iluminação e luz do dia são vitais para a saúde e o humor de um indivíduo (SHSTF 1989). Em 1972, Levi fundou a teoria do estresse, que foi posteriormente desenvolvida por Kagan e Levi (1975).

O modelo descreve como o ambiente físico é a base sobre a qual a organização, estrutura e função da sociedade são construídas e, a longo prazo, é fundamental para a promoção da saúde ou doença (DILANI 2001). O modelo é baseado em um sistema que aponta para uma compreensão mais profunda entre o ambiente físico e os diferentes componentes humanos (LIMA, 2014). O modelo é usado no campo da arquitetura para integrar elementos de design com saúde e bem-estar.

2.1.4 Natureza e seu significado para a saúde

O ambiente restaurador deve ser convidativo e bem equilibrado com uma beleza estética que permita às pessoas refletir (HERZOG et al. 2003). A natureza oferece várias cores, formas e cheiros, que podem encorajar os humanos a esquecer sua vida cotidiana (LIMA, 2014). Os ambientes naturais geralmente oferecem uma atmosfera onde as necessidades individuais de harmonia e compatibilidade são atendidas. Portanto, é muito importante que os ambientes naturais sejam acessíveis no local de trabalho.

A teoria da restauração da atenção (TRA) foi testada e confirmada por diferentes pesquisadores (Herzog et al. 2003; Tennessen e Cimprich 1995). Herzog et al. mostrou que três dos quatro componentes: estar ausente; extensão; e compatibilidade, são vistos como indicadores mensuráveis de como criar um ambiente restaurador. Vários estudos também confirmaram que

os seres humanos percebem os ambientes naturais como mais restauradores do que os urbanos (COSTI, 2002).

Portanto, quando os seres humanos estão cansados e mentalmente exaustos, a natureza é o lugar apropriado para a restauração. Outros estudos mostraram que ver a natureza através de uma janela tem resultados positivos para a saúde (MACEACHERN, 1951).

2.1.5 A influência da luz na saúde

Há muitas pesquisas sobre os efeitos positivos da luz do dia no bem-estar psicológico dos humanos (EVANS 2003). A falta de luz do dia pode levar a dificuldades fisiológicas e psicológicas (JANSSEN & LAIKE 2006). Um estudo em uma instituição correcional em Michigan mostrou que presidiários que tinham suas janelas voltadas para o pátio da prisão visitavam a unidade de saúde com mais frequência do que presidiários que tinham janelas voltadas para a floresta e campos agrícolas (Moore, 1981-1982). A pesquisa também mostrou que a luz do dia em uma sala de aula é necessária para os alunos manterem um nível hormonal equilibrado (KÜLLER; LINDSTEN 1992).

As janelas também podem ter resultados positivos para a saúde dos pacientes (LAWSON 2001). Por exemplo, a janela pode contribuir para a melhoria da saúde, permitindo a entrada de ar fresco e luz do dia, fornecendo uma visão e um link para o mundo exterior, satisfazendo assim a necessidade do paciente de ver as variações sazonais (LAWSON 2001)

Ulrich e Lundén (1984) mostraram que pacientes de hospitais que ficavam em quartos com janelas com vista para a natureza foram reabilitados mais rapidamente do que pacientes que viram uma parede de tijolos. Outro estudo mostrou que a exposição à luz solar direta através de janelas em um local de trabalho aumentou o bem-estar dos trabalhadores e teve um impacto positivo em suas atitudes e satisfação no trabalho (LEATHER et al. 1998).

Quartos sem janela podem afetar negativamente a saúde e o bem-estar humanos (VERDERBER 1986). Um estudo mostrou que trabalhadores de colarinho azul que trabalhavam em quartos sem janelas experimentaram mais tensão e eram mais negativos em relação às suas

condições físicas de trabalho do que trabalhadores que tinham escritórios com janelas (HEERWAGEN; ORIANIS 1986).

Pacientes em quartos sem janelas podem desenvolver privação sensorial e reações depressivas e exacerbar a percepção, cognição e atenção (VERDERBER, 1986).

Visto que a luz do dia impacta positivamente a fisiologia humana, ela deve ser considerada em vez da luz do dia artificial, que afirma ter o mesmo efeito. Algumas pesquisas descobriram que a luz do dia artificial pode afetar positivamente os níveis de cortisol das pessoas e talvez contribuir para menos dias de doença (KÜLLER; LINDSTEN 1992).

Lack e Wright (1993) mostraram que a exposição à luz em determinados momentos durante um período de 24 horas pode prolongar o sono e melhorar sua qualidade. O consumo de energia e os custos podem diminuir se o indivíduo tiver a capacidade de controlar os níveis de iluminação, o que também tem efeitos positivos nos recursos ambientais e na satisfação geral do indivíduo (Moore et al. 2004).

Küller (2002) sugere que a iluminação se tornará mais importante no futuro, especialmente porque está se tornando mais comum construir edifícios sem janelas ou com acesso à luz do dia.

2.1.6 Arte, cura e bem-estar

De acordo com historiadores da arte, os humanos vivem hoje em um mundo mais estético, onde arte, moda e design oferecem inúmeras experiências estéticas (LEDERET al. 2004). Quando uma pessoa observa e aprecia diferentes cenas visuais, como uma obra de arte, surgem processos cognitivos e emocionais complexos (KEITH 2001). Para compreender o significado de uma pintura, é importante compreender suas diferentes partes antes de ser possível compreender o todo. Durante a observação de uma pintura e no processo de compreensão dela, uma pessoa pode, por exemplo, sentir alegria, participação, desconforto ou interesse.

Essas respostas emocionais e cognitivas são chamadas de experiências estéticas e, muitas vezes, levam a experiências positivas, satisfatórias e recompensadoras para o espectador (LEDER et al. 2004).

A arteterapia (música, dança, pintura e dramaterapia) tem um potencial único para atingir pacientes com doenças psicossomáticas, que de outra forma seriam difíceis de alcançar com os métodos terapêuticos tradicionais (Theorell e Konarski 1998).

Por exemplo, Argyle (2003) mostrou como um grupo de pessoas, identificado como estando em zona de risco para doença mental, participou de diferentes projetos de arte e melhorou seu bem-estar social e mental. Os participantes testemunharam que o projeto fortaleceu a sua autoestima e deu-lhes a sensação de pertencer a um grupo social.

Gardner (1994) também afirma que a participação em diferentes processos artísticos pode dar ao indivíduo as ferramentas para expressar sentimentos e experiências de forma não verbal.

2.1.7 O ambiente físico e produtividade

Quando a administração de uma organização deseja aumentar a produtividade, ela geralmente se concentra na competência do funcionário e na motivação pessoal, e não no ambiente físico e no design (HEERWAGEN et al. 1995). O aumento do conhecimento e da consciência sobre a relação entre a melhoria da saúde e o aumento da lucratividade afetaria como designers, arquitetos e gerentes projetam, constroem e mantêm edifícios (FISK 2000).

Por exemplo, um clima interno melhorado pode melhorar a saúde dos funcionários, diminuir o número de faltas por doença, reduzir as necessidades de saúde e aumentar a produtividade, o que, por sua vez, fortalece o capital humano e leva a uma maior lucratividade da empresa. A melhoria ergonômica para os funcionários também demonstrou aumentar a lucratividade de uma empresa (FISK 2000).

Para implementar um design de suporte psicossocial, é necessário que toda a organização compreenda o significado de uma perspectiva salutogênica. O conhecimento de quais fatores ambientais contribuem para a saúde e o bem-estar pode, a partir de aí ser um guia para a tomada de decisões políticas.

No processo de tomada de decisões, é importante ter uma perspectiva interdisciplinar onde diferentes indivíduos com diferentes

experiências e conhecimentos trabalhem juntos neste campo - como psicólogos, arquitetos, paisagistas, médicos, cientistas comportamentais e promotores de saúde. Felizmente, está se tornando mais comum usar uma perspectiva interdisciplinar como estratégia central (BARRY 2007). Por exemplo, o setor de tecnologia da Internet recruta sociólogos, antropólogos e psicólogos que podem estudar e explicar como um produto será usado em diferentes contextos culturais. A aplicação de uma abordagem interdisciplinar ao trabalho pode desafiar as formas existentes de pensamento e também tornar a pesquisa e a inovação mais democráticas e receptivas à opinião pública.

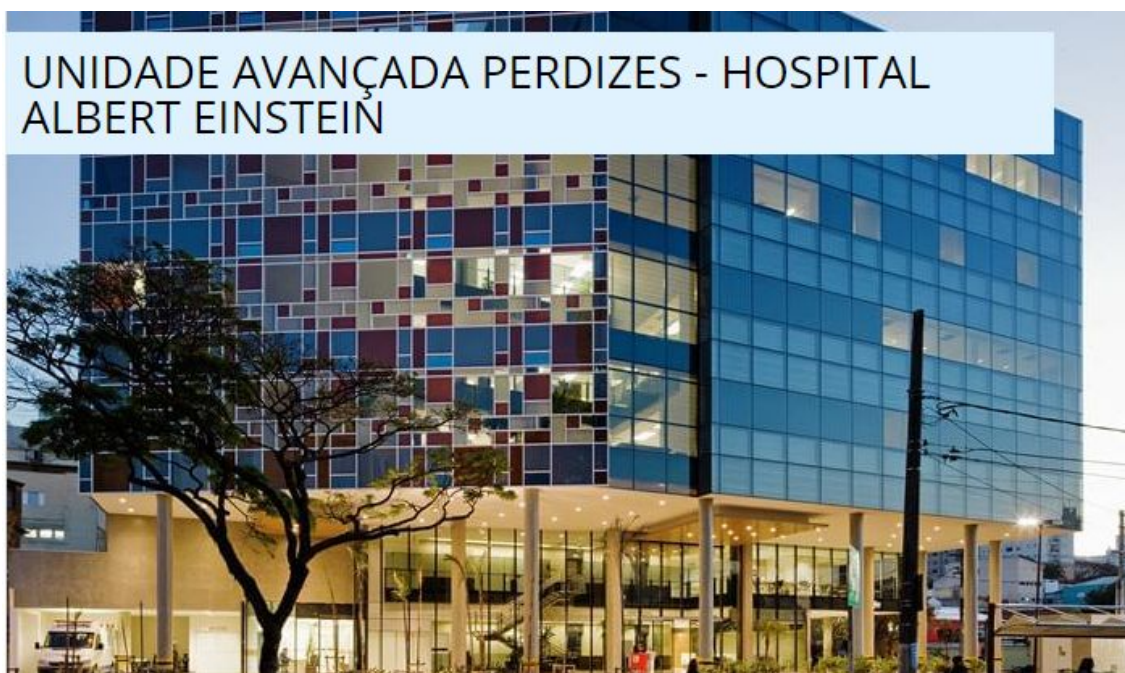
Os tomadores de decisão devem levar em consideração os seguintes fatores durante o processo de construção de um Hospital; boa iluminação; distrações interiores positivas; e acesso à luz do dia, natureza, arte, objetos simbólicos e espirituais. Outros fatores importantes a serem levados em consideração são a necessidade de controle do indivíduo sobre iluminação, ruído, temperatura interna e a possibilidade de escolher quando buscar interação social ou solidão. Também é importante criar espaços atrativos e convidativos que promovam a interação social e o apoio social, bem como a criação de espaços de restauração e conversas privadas. Para motivar as pessoas a mudarem de estilo de vida, é necessário oferecer atividades que fortaleçam sua autoestima e auto eficácia.

Neste capítulo destaca que fatores do ambiente físico podem promover saúde, bem-estar e aumentar a produtividade e a rentabilidade. Em segundo lugar, encorajamos os tomadores de decisão a implementar um design salutogénico que, por sua vez, promove a saúde e o bem-estar.

3 REFERÊNCIAS PROJETUAIS DE EDIFÍCIOS HUMANIZADOS

3.1 Unidade Avançada Perdizes - Hospital Albert Einstein

Figura 1 – Hospital Albert Einstein



Fonte: Galeria Arquitetura (2020)

Essa Unidade Hospitalar é considerada um dos maiores projetos hospitalares já implantados no País, com elevados padrões de acabamentos e instalações.

Ela foi criada com o intuito de oferecer amplos serviços de saúde e um atendimento especializado. Assim, contempla um pronto atendimento, centro de diagnóstico, espaço saúde da mulher, centro oncológico e Day Clinic com centro cirúrgico de baixa complexidade e alguns leitos de curta permanência.

O edifício é composto por 16 pavimentos, sendo seis subsolos de garagem, um centro cirúrgico, um pavimento técnico, um átrio, um pavimento para internação e mais cinco pavimentos de consultoria médica.

Trata-se de uma solução de engenharia inovadora que tem o objetivo de reduzir o número de tratamentos, minimizando o impacto no hospital, que manteve seu funcionamento pleno.

É um modelo que alia estética, conforto interno, desempenho das atividades hospitalares e responsabilidade ambiental. O prédio de 20 mil m² de área construída e 10 andares – cinco subsolos e cinco pavimentos – ocupa posição privilegiada e estratégica entre as esquinas da Avenida Sumaré e da Rua Apicás, em São Paulo.

3.1.1 Informações arquitetônicas

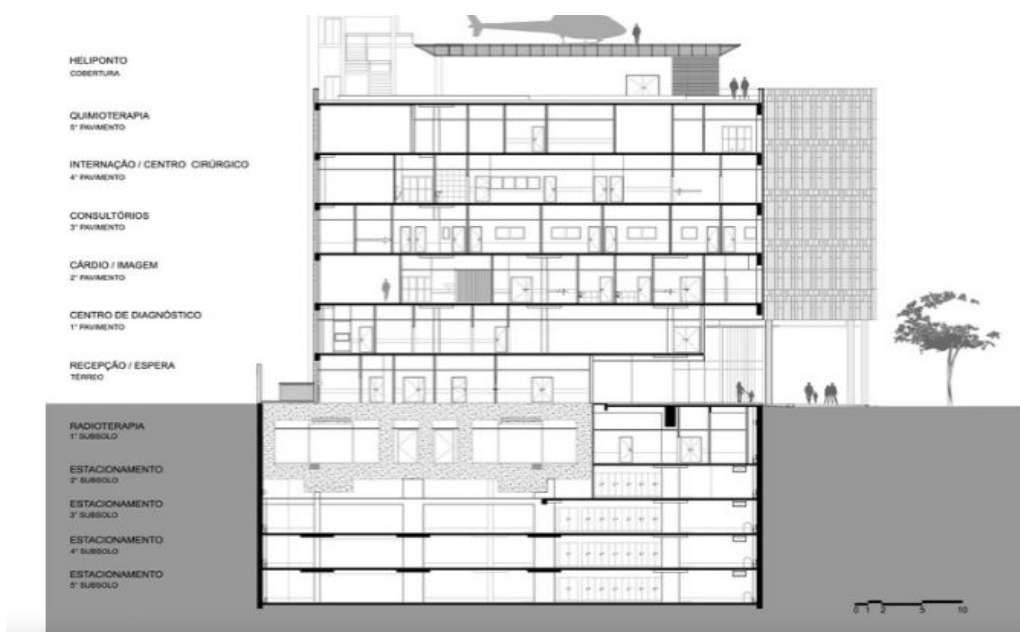
Compostas por vidro insulado e serigrafado, as fachadas reduzem a incidência de raios solares no interior do prédio, contribuindo para o conforto térmico.

O principal destaque do projeto é a volumetria, que tira partido da inserção urbana, trazendo o espaço público para dentro do empreendimento através do paisagismo e gerando uma composição de volumes interligados por meio de reentrâncias verticais em vidro que coincidem com algumas áreas de espera e circulação interna do complexo, trazendo clareza e iluminação natural aos ambientes.

O projeto adotou soluções de fachada e de divisões internas que pudessem permitir alterações e adequações futuras. O cubo de vidro serigrafado proposto para as fachadas traduz-se em pele de vidro insulado. O vidro externo é serigrafado e o interno laminado é liso. Ora fixos, ora de abrir, trazem a condição de ventilação permanente.

O projeto foi realizado com um térreo aberto, recuado com jardins e um edifício com composição de volumes e transparências: um convite para trazer o espaço público para o hospital. Assim, quem está dentro do prédio pode ver o lado externo, mas também tem a privacidade garantida pelo tratamento dado aos vidros serigrafados. As cores e a luz natural inseridas nos ambientes internos geram a percepção de leveza e bem-estar e são elementos essenciais para a humanização dos ambientes de cura.

Figura 2 – Projeto Unidade Avançada Perdizes - Hospital Albert Einstein



Fonte: Archdaily (2020)

Além disso, a flexibilidade garante o bom desempenho da edificação ao permitir a adaptabilidade às novas necessidades de programa das especialidades e às inovações tecnológicas dos equipamentos médicos.

3.1.2 Sustentabilidade

O projeto arquitetônico visa à certificação LEED na categoria Prata. Dessa forma, buscou priorizar áreas de longa permanência, bem como salas de espera e recepções, próximas às fachadas, aproveitando-se da iluminação e ventilação naturais. Para atendimento dos requisitos sustentáveis, projeto e obra contemplaram entre outros aspectos: áreas verdes ajardinadas, facilidade de acesso e transporte público nas imediações, vagas ‘verdes’ (preferenciais para carros menos poluentes – flex e carpool), bicicletário, sistema

A solução de baixo custo produz um sombreamento que não depende de uma persiana e propicia redução no consumo de energia, além de criar ambientes mais intimistas para as áreas de permanência e de reuso de águas para irrigação, eficiência energética com uso do sistema VRF a gás, iluminação artificial eficiente, controle de medição do consumo de energia, uso de madeira certificada e utilização de resíduos recicláveis na edificação.

3.1.3 Localização

No terreno de esquina com mais de 2.500 mil metros quadrados e 20 mil metros quadrados edificadas, a localização estratégica e a volumetria horizontal, robusta e assimétrica da edificação estabelecem relação harmônica com a paisagem urbana do entorno adensado. Em uma interação sinérgica com a avenida mais movimentada do bairro e via de ligação entre as zonas norte e oeste de São Paulo, também resultam em eficiência dos acessos, especialmente para a chegada ao Pronto Atendimento.

3.1.4 Acessibilidade

A edificação foi pensada também para atender ao fluxo viário existente na região. O acesso se dá pela Rua Apiacas, decorrente do volume de automóveis, e ocorre por meio de pista interna, até chegar aos estacionamentos nos 2º, 3º, 4º e 5º subsolos. Quanto aos acessos internos, o prédio está organizado a partir de um core central, composto por elevadores sociais, com frente para a Avenida Sumaré, e elevadores de serviços e escadas para os fundos.

A partir deste eixo de circulação vertical, os pavimentos recebem, de forma geral, a seguinte distribuição: fluxo social vinculado às áreas de espera junto à fachada e fluxos operacionais e de serviços ao redor das outras três faces do core central. Estruturalmente, a série de pilares periféricos e o core central, ambos de concreto, geram a planta livre do hospital, a fim de melhor acomodar o complexo programa.

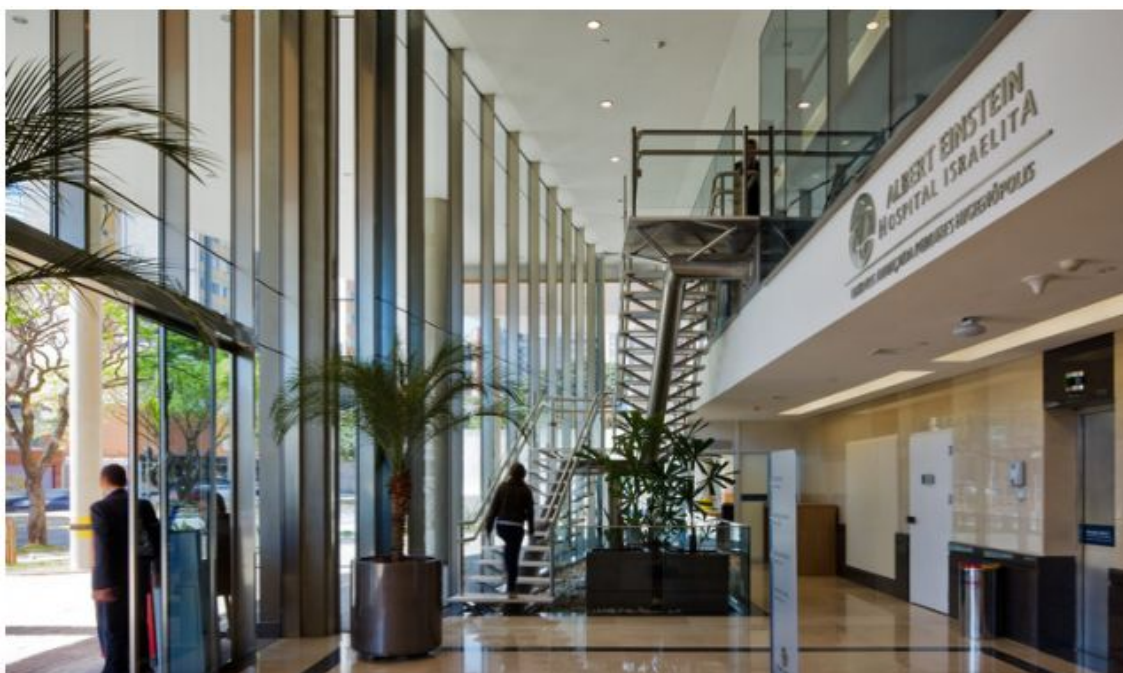
3.1.5 Design

Com design funcional e identidade arquitetônica institucional fortemente marcada pelo grafismo do mosaico geométrico presente nas fachadas ventiladas de vidros insulados, a edificação traz volumetria que desenha um grande vão de pé-direito duplo e gera sensação de amplitude, bem como aumenta a captação de iluminação natural diurna e o conforto termo

acústico nos ambientes sociais internos. O core central, organiza os fluxos social e operacional, tanto horizontal como verticalmente pela oferta de elevadores independentes, e promove a setorização dos usos de forma clara e otimizada.

A solução projetual envolve premissas de desenho universal e flexibilidade, de modo a permitir a adaptação do edifício ao longo de sua vida útil para atendimento aos avanços tecnológicos dos equipamentos eletromédicos, bem como às demandas operacionais e de novas especialidades clínicas.

Figura 3 - Design Unidade Avançada Perdizes - Hospital Albert Einstein



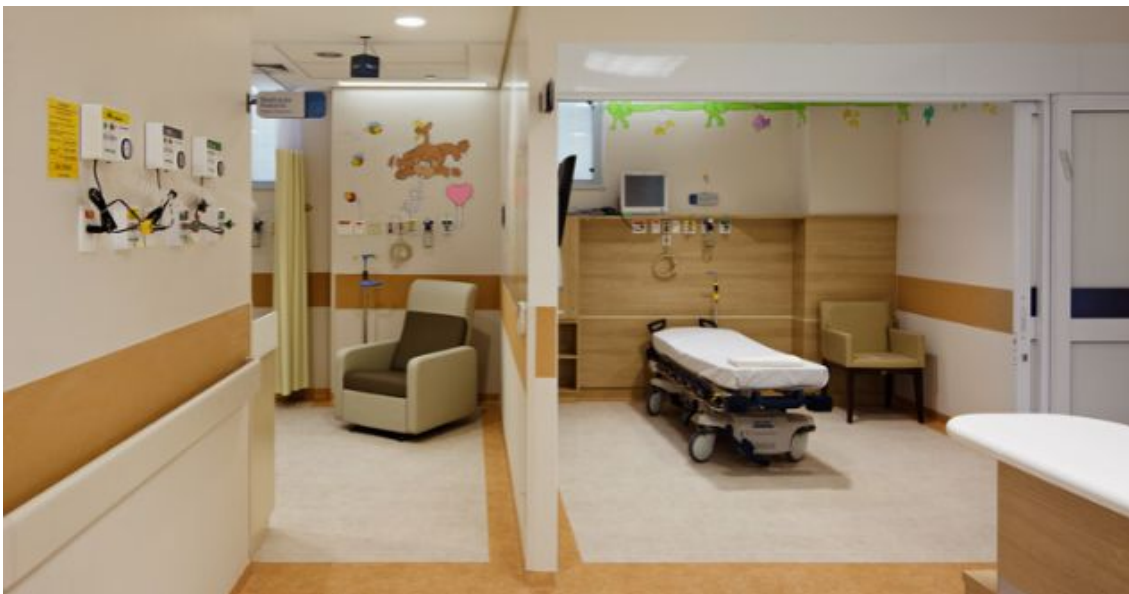
Fonte: Archdaily (2020)

3.1.6 Humanização

O Hospital em referência, tem foco na experiência do paciente e no bem-estar dos usuários, acompanhantes, corpo clínico assistencial e operacional, a arquitetura contempla conceitos de humanização dos espaços para valorizar o conforto e a privacidade, em sinergia com o rigor técnico necessário aos ambientes de cuidado com a saúde. Dentre algumas soluções, se destacam: amplos espaços de estar social voltados para as fachadas

envidraçadas; grandes vãos com vidros serigrafados concebidos com desenho que garante permeabilidade visual e vista da paisagem externa para quem está no edifício, ao mesmo tempo que assegura privacidade; terraços ajardinados; laje jardim com área de conforto para colaboradores; ambientes de longa permanência com iluminação e ventilação naturais; e ambientação com mobiliário, marcenaria e objetos funcionais e agradáveis.

Figura 4 – Espaço Humanizado Unidade Avançada Perdizes - Hospital Albert Einstein



Fonte: Archdaily (2020)

Pode-se observar que nas áreas externas, laje jardim e pisos drenantes figuram entre os sistemas construtivos que permitem economia de energia e água na edificação, o que fortalece o caráter sustentável do empreendimento. O resultado se traduz em desempenho eficaz dos recursos técnicos, humanos e de infraestrutura da edificação.

3.1.7 Estratégia

Estratégia Urbana, conta com um olhar sistêmico e multidisciplinar para viabilizar a excelência do desempenho da edificação, no longo prazo. Além de flexibilidade de uso, segurança e facilidade para atualizações e adaptações em razão do uso de novas tecnologias, bem como para *retrofits*, o nosso projeto está alinhado às exigências dos mais avançados.

3.2 Hospital de Cura Hospital San Raffaele em Milão

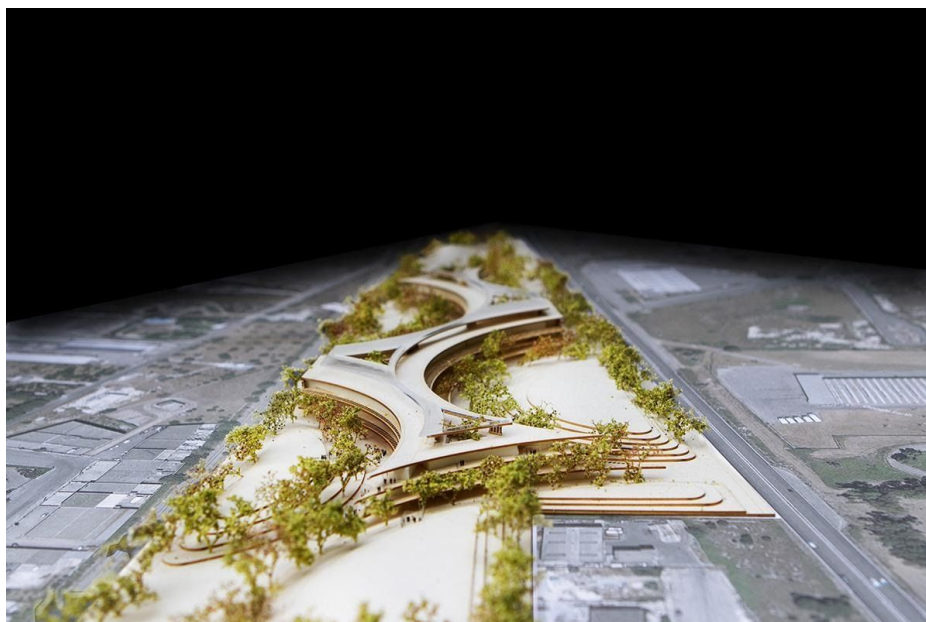
O Hospital trabalha com Recursos de projeto de arquitetura hospitalar, como superfícies resistentes a bactérias, tecidos antimicrobianos, luzes que eliminam bactérias, estações de desinfetante, visibilidade de pia e engenharia cuidadosa do sistema de ventilação do prédio pode ajudar a diminuir a propagação e a taxa de infecção em um ambiente hospitalar.

3.2.1 Informações arquitetônicas

O projeto visa aliar a eficácia e o rigor da técnica à criatividade e cordialidade de um design que tem um propósito de "humanização" e segurança.

O projeto considerou os dois aspectos da vida do paciente, o "zoé", a condição vital relacionada à saúde e ao corpo físico, e o "bios", no caso a existência individual, como igualmente importantes - então os espaços destinados ao diagnóstico, as emergências e as necessidades primárias da doença são tratados com o mesmo cuidado de design dos espaços dedicados ao poder curativo do meio ambiente.

Figura 5 - Hospital de Cura Hospital San Raffaele em Milão



A arquitetura desdobra-se em três volumes principais, desenvolvidos em três pisos, que como uma entidade viva se dobra e recua sobre os limites do lote, para proteger e salvaguardar as áreas mais sensíveis como a triagem e os quartos dos pacientes.

Possui acabamentos resistentes a bactérias. Quando os pacientes se deslocam em seus quartos ou no hospital para fazer radiografias, exames, etc., eles tocam as superfícies de corrimãos, mesas, cadeiras e maçanetas. O uso de materiais de construção revestidos ou impregnados com cobre reduz as taxas de infecção em hospitais, pois o cobre tem propriedades antimicrobianas. Usar lençóis, fronhas, aventais e aventais de hospital impregnados de óxido de cobre também pode ajudar a reduzir a disseminação da infecção.

A iluminação LED Índigo pode ajudar a desinfetar o ar e as superfícies. As moléculas nas bactérias absorvem a luz de comprimento de onda de 405 nanômetros, que causa uma reação química dentro das células e mata as bactérias.

Um sistema de ventilação de alta qualidade pode mitigar a propagação de doenças transmitidas pelo ar, como a doença do legionário, e remover impurezas potencialmente prejudiciais do ar para ajudar a garantir que pacientes com problemas respiratórios ou alergias tenham acesso a ar limpo e livre de contaminantes.

Estes contratempos, que não interrompem as ligações funcionais internas entre as diferentes áreas, permitem concretizar alguns grandes elementos paisagísticos, um conjunto de morros cobertos de árvores, que protegem ainda mais do ruído e oferecem vistas de qualidade inegável para o espaço do paciente e para o ambiente de trabalho.

3.2.2 Sustentabilidade

Os hospitais são grandes edifícios públicos que têm um impacto significativo no meio ambiente e na economia da comunidade envolvente. Eles são grandes usuários de energia e água e produzem grandes quantidades de resíduos. Como os hospitais exigem muito dos recursos da comunidade, eles são candidatos naturais ao design sustentável.

O referido hospital garante padrões de conservação de energia em instalações de saúde que atendem aos requisitos da Lei de Política de Energia de 2005 (EPACT) e Ordem Executiva 13693. A Lei de Independência e Segurança Energética de 2007 (EISA) fornece requisitos adicionais para a conservação de energia. Veja também Liderança em Energia e Design Ambiental (LEED) do USGBC para Saúde.

3.2.3 Acessibilidade

Embora corrimãos sejam obrigatórios em unidades hospitalares, corrimãos revestidos de cobre instalados ao longo dos corredores podem reduzir a propagação de doenças e ajudar os pacientes a navegar em um espaço com segurança. O piso de vinil sem costura, que é mais liso, mais durável e mais fácil de desinfetar do que o piso de borracha, pode ajudar a prevenir quedas. Cadeiras robustas com rodas de travamento oferecem suporte extra para os pacientes, ajudando-os a ficar em pé ou se mover pela sala sem a ajuda de uma cadeira de rodas.

As rampas são planas o suficiente para permitir fácil movimentação e as calçadas e corredores são largos o suficiente para que duas cadeiras de rodas passem facilmente

As áreas de entrada são projetadas para acomodar pacientes com taxas de adaptação mais lentas ao escuro e à luz; marcam paredes e portas de vidro para tornar sua presença óbvia

3.2.4 Design

Um design funcional pode promover habilidade, economia, conveniências e conforto; um design não funcional pode impedir atividades de todos os tipos, prejudicar a qualidade do atendimento e elevar os custos a níveis intoleráveis.

Nota-se no Hospital em comento:

- Um número decrescente de médicos de clínica geral, juntamente com o aumento do uso de instalações de emergência para cuidados primários

- Uma crescente introdução de tecnologias de diagnóstico e tratamento altamente sofisticadas
 - Requisitos para permanecer operacional durante e após desastres - consulte, por exemplo, os Manuais de Segurança Física do VA
 - Cumprimento de Leis estaduais que exigem resistência a terremotos, tanto no projeto de novos edifícios quanto na reforma de estruturas existentes
 - Cuidados preventivos *versus* cuidados com doenças; projetando hospitais como "centros de bem-estar" com tudo incluído
 - Uso de computadores portáteis e equipamentos portáteis de diagnóstico para permitir um atendimento mais móvel e descentralizado ao paciente e uma mudança geral para informações computadorizadas de todos os tipos do paciente. Isso exige nichos de computador e portas de dados em corredores fora dos quartos dos pacientes.
 - Equilíbrio da atenção crescente à segurança do edifício com a abertura aos pacientes e visitantes
 - Emergência dos cuidados paliativos como especialidade em muitos dos principais centros médicos
 - Um interesse crescente em ambientes e tratamentos mais holísticos e centrados no paciente. Isso inclui o fornecimento de minibibliotecas médicas e terminais de computador para que os pacientes possam pesquisar suas condições e tratamentos, e localizar cozinhas e refeitórios em unidades de internação para que os familiares possam preparar comida para os pacientes e familiares comerem juntos.

3.2.5 Humanização

A estética está intimamente relacionada com a criação de um ambiente terapêutico (acolhedor, atraente). É importante para a valorização da imagem pública do hospital e, portanto, uma importante ferramenta de marketing. Um ambiente melhor também contribui para melhorar o moral da equipe e o atendimento ao paciente

No referido Hospital nota-se:

- Maior uso de luz natural, materiais naturais e texturas

- Uso de arte
- Atenção às proporções, cor, escala e detalhes
- Espaços públicos claros, abertos e de ampla escala
- Escala familiar e íntima em quartos de pacientes, salas de dia, consultórios e escritórios
- Compatibilidade do design exterior com seu entorno físico

3.2.6 Estratégia

O projeto da unidade de enfermagem é frequentemente configurado como uma pista de corrida em que quartos de pacientes circundam um posto de enfermagem com funções de centro de apoio. Este layout fornece funções de suporte e observação removidas dos pacientes. Em vez disso, considere a implementação de uma planta baixa mais centrada no paciente.

Foram instalados vários centros de suporte ao longo de um corredor principal com pequenos postos de enfermagem a menos de 18 metros deles e dos quartos dos pacientes. Isso torna mais fácil para a equipe observar e atender os pacientes e permite fácil acesso aos recursos necessários para tratar os pacientes. Com o advento de novas tecnologias portáteis, os enfermeiros não precisam ficar presos à estação tradicional grande, barulhenta e remota. Os hubs descentralizados da cabine localizados imediatamente fora da sala do paciente fornecem atendimento onde é necessário com o paciente.

4 PÚBLICO ALVO DO PROJETO

O público alvo são pacientes oncológicos (com câncer) que precisam de assistência diferenciada.

Os pacientes oncológicos necessitam de uma assistência diferenciada, devido às diversas dificuldades inerentes da própria doença, além de alguns estigmas como a incerteza do prognóstico, medo da morte, quadros depressivos e ansiedade. Por outro lado, muitos desses pacientes também possuem desejo de obter a cura e viver durante muitos anos. Pacientes com tumores malignos que se encontram no processo de terminalidade da vida, precisam de condutas paliativas, a fim de reduzir o desconforto e proporcionar

o alívio da dor, mediante a atuação de profissionais capacitados e responsáveis por ouvir e sanar dúvidas de seus familiares frente a esta triste situação (HERCOS et al, 2014). Na visão de Peiter et al (2016, p. 405):

A assistência ao paciente oncológico é uma tarefa delicada na prática clínica do enfermeiro. O esclarecimento de dúvidas acerca do diagnóstico, e orientações referentes ao tratamento são atribuições esperadas deste profissional, de modo que seu papel educativo é atribuição necessária para manejo do paciente com câncer. Dessa forma, é fundamental seu entendimento sobre os diversos aspectos da doença, o que contribui para a melhor convivência do paciente e sua situação de saúde.

Cabe citar ainda que em instituições especializadas, a assistência oncológica em instituição especializada é melhor organizada e eficaz, apresentando normalmente todos os requisitos necessários para atender as necessidades do paciente oncológico, estabelecendo uma linha de cuidado mais próxima da recomendada, facilitando a atuação do profissional (PEITER et al, 2016).

Na unidade oncológica, Lima et al (2014) afirmam que o enfermeiro é responsável por sanar as dúvidas de pacientes e familiares, e sobretudo, solicitar os cuidados imediatos em situações de dor e sofrimento. É função da assistência cuidar não apenas da patologia em si, mas também, das dificuldades emocionais decorridas da dúvida e possibilidade de cura. Portanto, uma equipe fragilizada e incapaz de lidar com as possibilidades de morte, não proporciona o apoio essencial ao paciente oncológico em fase terminal, se distanciando do atendimento humanizado, fator primordial na assistência oncológica.

Cuidados holísticos e multidisciplinares são indispensáveis para o bem-estar do paciente oncológico, devendo os enfermeiros estabelecerem múltiplas relações, e entenderem suas necessidades e limitações, visando a prática de uma abordagem profissional humanizada. Uma das principais funções do enfermeiro no contato inicial com este indivíduo, é compreender os anseios biopsicossociais e identificar os fatores influenciadores do processo vivido e conseqüentemente do cuidado que deverá ser efetuado. O cuidado não permanece voltado unicamente para o doente, mas também para a família, que desempenha importante função no enfrentamento das dificuldades provenientes do tratamento (HERCOS et al, 2014).

Lima et al (2014, p. 505-506) relatam que “o enfermeiro sofre ao presenciar a piora do quadro do paciente oncológico e se solidariza com ele, porém a grande dificuldade reside no permanente contato com a terminalidade da vida”. No cotidiano, os enfermeiros atuam na manutenção da vida do paciente, lidando muitas vezes com a sensação de impotência perante a morte dos pacientes.

Ao enfermeiro incube-lhe evidenciar respostas humanas adequadamente e incluir no seu planejamento de cuidados medidas terapêuticas específicas. O uso de instrumentos de medida como escalas psicométricas seria muito útil não apenas para identificar diagnósticos da esfera psicossocial, mas também para avaliar o efeito das intervenções (LOPES, 2013, p. 358-359).

Neste contexto, torna-se primordial que a assistência do enfermeiro esteja permeada por incentivos e iniciativas de educação permanente, oferecendo suporte psicológico sistematizado, assegurando melhores condições no enfrentamento das dificuldades impostas pela rotina de trabalho.

A assistência ao paciente oncológico envolve o cuidado dos problemas que a doença acarreta e dos problemas psíquicos e emocionais gerados por sentimentos e emoções relacionados à necessidade de enfrentamento do processo de terminalidade da vida. Em alguns casos, os pacientes oncológicos em fase terminal se encontram em situações que dificultam a tomada de decisão e se expressarem. Neste contexto, cabe ao enfermeiro entender as necessidades deste paciente no âmbito social, cultural e hospitalar, e construir vínculos com o paciente e familiares para priorizar o atendimento integral e humanizado.

O cuidado individualizado torna-se essencial para evitar o sofrimento e desenvolver medidas paliativas que busquem aliviar a dor, além de estratégias que facilitem o entendimento e enfrentamento da terminalidade da vida. O contato com a família é priorizado pela assistência de enfermagem ao paciente oncológico em fase terminal, promovendo encontros e despedidas fundamentais neste processo.

A humanização é fundamental no cuidado aos pacientes oncológicos que precisam lidar com a terminalidade da vida, pois permite o desenvolvimento e articulação de medidas mais efetivas para gerir os

processos assistenciais, e assegura o atendimento individualizado, solidário e humano aos pacientes e familiares a partir do diálogo, respeito e entendimento.

O cuidado humanizado é uma ideia que engloba o saber cuidar e o fazer cuidar, a fim de estreitar os vínculos entre profissionais e usuários. No entanto, esta relação também identificou dificuldades relacionadas aos encargos de sofrimento que os enfermeiros (até mesmo profissionais) não conseguem lidar.

De acordo com o INCA (Instituto Nacional de Câncer) prevê aumento significativo de novos casos de câncer, no ano de 2020, feita a última atualização do INCA em (15/04/2020). A tabela mostra o quantitativo de cada caso entre homens e mulheres.

Figura 6 – estimativa para o ano de 2020 das taxas brutas e ajustada

Localização Primária da Neoplasia Maligna	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	1.850	52,57	68,71	350	67,52	106,00	-	-	-	-	-	-
Mama feminina	-	-	-	-	-	-	840	23,30	27,18	330	57,20	60,21
Colo do útero	-	-	-	-	-	-	890	24,74	28,49	160	26,74	30,77
Traqueia, Brônquio e Pulmão	270	7,81	10,73	70	13,59	21,52	200	5,54	6,64	60	9,74	11,75
Cólon e Reto	210	5,86	7,70	80	14,95	21,73	240	6,57	7,37	90	15,69	16,27
Estômago	280	8,02	10,75	80	15,67	22,50	160	4,38	5,17	40	6,85	7,40
Cavidade Oral	100	2,87	3,85	30	5,57	8,05	70	1,82	2,02	**	2,53	2,78
Laringe	80	2,14	2,85	20	3,57	5,46	20	0,54	0,62	**	0,51	0,45
Bexiga	70	2,00	3,20	20	4,48	7,09	30	0,87	0,92	**	1,71	1,79
Esôfago	60	1,67	2,33	**	2,02	2,95	20	0,65	0,75	**	0,88	0,96
Ovário	-	-	-	-	-	-	140	3,75	4,43	50	8,14	8,74
Linfoma de Hodgkin	30	0,93	0,98	**	0,89	1,02	20	0,57	0,62	**	2,02	2,28
Linfoma não Hodgkin	110	3,04	3,82	30	5,15	7,42	70	2,03	2,35	20	4,22	4,47
Glândula Tireoide	50	1,37	1,83	**	1,46	2,38	240	6,69	8,13	70	12,44	14,51
Sistema Nervoso Central	120	3,51	4,28	30	5,13	7,13	100	2,68	3,14	30	5,19	4,52
Leucemias	150	4,40	4,88	30	6,36	8,36	120	3,26	3,46	30	4,89	4,89
Corpo do útero	-	-	-	-	-	-	140	3,88	4,74	40	6,61	7,38
Pele Melanoma	30	0,88	1,11	**	1,52	2,05	40	1,14	1,27	**	1,77	1,96
Outras Localizações	790	22,61	29,58	170	33,63	48,61	730	20,23	23,38	170	28,33	30,70
Todas as neoplasias, exceto Pele não melanoma	4.200	119,66	143,66	950	184,66	262,34	4.070	112,70	127,99	1.150	196,68	200,03
Pele não Melanoma	1.220	34,76	-	280	53,76	-	1.070	29,76	-	240	40,71	-
Todas as Neoplasias	5.420	154,42	-	1.230	239,08	-	5.140	142,34	-	1.390	237,73	-

Fontes – Imagem do INCA

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) informa que aproximadamente mil homens têm seus pênis amputados a cada ano no Brasil. Devido à mutilação do membro, ele mata mais rápido do que o de próstata e, é o câncer mais fácil de evitar. Embora o Ministério da Saúde não disponha de estatísticas, há relatos de que esses casos estão relacionados à pobreza e à

falta de informação, sendo a incidência maior nas regiões Norte e Nordeste. (Dr. Edmilson Brandão, Oncologista Urologia)

Em todo o processo de pesquisa, o Maranhão se destacou na pesquisa com base nos dados coletados pela Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer (Iarc). O caso de câncer mais proeminente é o câncer de pênis, porque o estado ocupa o primeiro lugar no mundo, com 6,1 casos por 100.000 habitantes.

No ano de 2018-2019 houve uma estimativa, de casos de câncer do útero, cerca de 16.370 no Brasil. No Maranhão no ano de 2018 houve 1.009 casos e só na capital foram 240. O câncer de útero é o que mais mata no estado, segundo os dados fornecidos pelo INCA (2018). Os dados fornecidos pelo jornal Imparcial, da entrevista da médica oncologista Rachel Cossetti, ela afirma que mais 30% dos cânceres de mulheres, são de colo do útero, ou seja, a cada 3 mulheres 1 caso, tendo assim uma alta taxa, e muitos deles, só procuram ajuda quando já está, no estado avançado e com muitas complicações associadas à doença. (Imparcial 07 de março de 2018)

5 CONCEITO E DIRETRIZES

5.1 Conceito do projeto

Humanização, através da beleza e funcionalidade dos ambientes hospitalares, promovendo sensação de leveza, comodidade e proteção.

“Ninguém se cura somente da dor física, tem de curar a dor espiritual também. Porque a beleza pode não alimentar a barriga, mas alimenta o espírito.” (João Filgueiras Lima)

No entanto, algumas pessoas do setor hospitalar acreditam que o ambiente humanizado já é uma realidade, pois seria um pré-requisito para atrair clientes. Por outro lado, outros entendem que um ambiente humanizado deve contar com trabalhadores voluntários. Portanto, o conhecimento científico permite um melhor entendimento de como o meio ambiente interfere na saúde das pessoas. Também sabemos que existem alguns fatores que podem tanto prejudicar quanto beneficiar um tratamento, por isso é importante considerar a natureza de um hospital e o trabalho da assistência médica muda ao longo do

tempo, agregando novos valores para alcançar mais qualidade de vida aos clientes que buscam melhorar a saúde a instalação passa a fazer parte do atendimento ao paciente.

Devemos preocupar o paciente como um todo, livrando o espaço de ruídos; cores vibrantes; texturas; e a poluição do ar, tentando colocá-los em contato com a natureza por meio de aberturas que lhes permitam ver o exterior. Além disso, os jardins internos têm sido utilizados como alternativa para melhorar a qualidade das edificações.

A cor é um poderoso estimulante que pode afetar o humor e a sensibilidade, produzindo impressões, emoções e respostas sensoriais mais importantes que podem perturbar nosso estado de consciência, desencadear um desejo, disparar nossa imaginação e evocar sentimentos de atração ou repulsa, agindo sobre nós como um dos dois. Uma energia estimulante ou calmante

Deve-se considerar o uso de cores, pois contribui para o processo terapêutico e equilíbrio corporal e mental. Quando usado com precisão, aumenta o bem-estar. Porém, é aconselhável nivelar o uso de cores com iluminação adequada para conseguir espaços funcionais e aconchegantes que proporcionem estímulos e sensações aos seus ocupantes.

Lida (2002) afirma que a visibilidade, contraste e pureza da cor é o que chama a atenção, e para isso ela deve ser atenuada (usando branco) ou escurecida (com preto). No entanto, cores contrastantes - amarelo sobre fundo azul; verde sobre magenta; ou vermelho sobre ciano - podem ser cansativas se o espaço exigir atenção permanente.

Ressalta-se também que no Brasil a maioria dos estabelecimentos de saúde deixa de fornecer qualquer tipo de iluminação, tratando todos os cômodos da mesma forma, devendo cada espaço ser considerado de acordo com sua necessidade e finalidade.

Portanto, a luz deve ser considerada não apenas como um recurso visual único, mas também como seus benefícios à saúde. Garantir todas as atividades do hospital - procedimentos; exames; entretenimento; e monitoramento - são realizados de forma satisfatória e segura, sendo importante a instalação de sistemas de iluminação para esse fim (ANVISA, 2007).

A iluminação natural deve estar disponível no prédio para melhorar sua qualidade estrutural e recuperação do paciente, além de reduzir o uso de energia e a necessidade de luz artificial e ar-condicionado. Por fim, cores e iluminação quando combinadas podem auxiliar na recuperação do paciente, promovendo avanços significativos no curso do tratamento, além de levar a espaços mais humanizados, agradáveis e confortáveis.

Como resultado, uma instituição voltada para o paciente requer uma série de fatores, sendo o edifício físico um deles. Para que a planta arquitetônica atenda ao máximo as necessidades dos pacientes, é fundamental avaliar a edificação após o início da operação, que deve ser uma das etapas do projeto (CARPMAN et al., 1986; MALKIN, 1992).

No entanto, procura-se considerar os aspectos da humanização para projetar espaços confortáveis para os pacientes e buscar soluções com a finalidade de atender às necessidades técnicas e humanas, desenvolvendo espaços de entretenimento e socialização, que serão utilizados como ações terapêuticas para garantir a saúde mental do paciente. E bem-estar físico. O edifício, então, deve apresentar uma estrutura física aberta ao uso de novas tecnologias para desenvolver condições mais humanizantes.

5.2. Conforto Acústico

Um hospital requer condições especiais de conforto acústico. Há a necessidade de respeitar o nível de ruído recomendado pelas normas técnicas, porém existem locais e situações em que ruído desnecessário e alto é produzido, e ruído desnecessário é a mais cruel falta de consideração (apud HOSKING, 1999, p. 163).

Entre todas as deficiências encontradas na construção de unidades de saúde são os ruídos e vibrações que dificilmente nos deixam alternativa para a manutenção posterior. Ainda, segundo ele, os equipamentos especiais hospitalares são barulhentos e, por isso, demandam implantação específica com localização adequada e limitada (KARMAN, 2011, p. 78).

Os ruídos produzidos dentro dos hospitais colocam os pacientes em risco. Ele argumenta que “os hospitais devem atuar para reduzir os ruídos noturnos para promover o conforto e a recuperação do paciente, uma vez que

diminuir os ruídos pode ser uma forma simples de adotar atitudes cuidadosas” (YODER, 2012, p. 1).

Consequentemente, é aconselhável ser prudente e experiente na escolha do material de revestimento para corrigir o desempenho acústico, combinando elementos higiênicos e acústicos. A decisão sobre o piso adequado pode facilitar a manutenção de um ambiente saudável, contribuindo para o controle de infecções hospitalares e o conforto dos pacientes e demais usuários. Esse material deve ser resistente à abrasão ou outros impactos que possa sofrer; lavando; produtos químicos para desinfecção; e deterioração causada pela circulação de pessoas e equipamentos (MIGUEZ, 2013, p. 2).

Alguns materiais de revestimento de piso, como cobertores ou pranchas de vinil, borracha ou linóleo, podem reduzir a reverberação de ruído no ambiente hospitalar. Além dos revestimentos de borracha e vinil, existem alguns pisos condutores especiais para salas de operação e outros ambientes com condições específicas de aterramento (ANVISA, 2014).

O revestimento do teto pode aumentar o conforto acústico dentro dos estabelecimentos de saúde, são fixos e removíveis, e para cada tipo há fatores a serem considerados quanto à sua contribuição para a redução do ruído. A prevenção e o controle de infecções também devem ser levados em consideração respeitando as recomendações de assepsia e limpeza, visto que a RDC 50 diz que os materiais adequados para revestimento de paredes, pisos e tetos em áreas críticas e semicríticas devem ser resistentes à lavagem e uso de desinfetante (BRASIL, 2002, p. 107).

Alguns ruídos específicos dentro de instalações de saúde causam desconforto notável para pacientes e profissionais que lidam diretamente com atividades de suporte. Geralmente, há pouco controle sobre esses ruídos que causam grande desconforto humano no ambiente hospitalar (ANVISA, 2014).

Mesmo assim, devemos observar o impacto da reverberação sonora que cada material pode ter sobre o ambiente e o desconforto acústico que pode causar.

5.3 Conforto Visual: Iluminação e Cores

Para medir a qualidade do ambiente para a assistência à saúde devemos considerar o conforto visual proporcionado por elementos de luz e cor visando amenizar o trabalho a ser executado.

Portanto, o uso e a intensidade da luz devem ser uma preocupação no planejamento de ambientes hospitalares, o conforto visual pode incentivar uma participação ativa na terapia. O projeto do espaço deve considerar as demandas de iluminação do usuário e as condições naturais do ambiente.

Assim, as soluções devem incluir aberturas voltadas para paisagens exteriores com utilização de materiais arquitetônicos e elementos que respeitem a privacidade dos utilizadores, como brise-soleil e varandas, bem como outros elementos arquitetônicos que potenciem as condições naturais. (ANVISA, 2014).

Nas áreas destinadas às internações, onde os pacientes podem passar muitas horas ou dias, certas condições de iluminação artificial e a possibilidade de ver o exterior podem trazer conforto e a importante percepção do tempo devido ao ritmo circadiano. O projeto também deve contemplar a especificidade da atividade realizada em cada ambiente e o impacto ergonômico da iluminação sobre os usuários. Para salas de emergência; salas de operação; unidades de cuidados intensivos; e em outras áreas críticas, os efeitos do impacto visual causado pela iluminação excessiva podem levar a desconfortos emocionais relevantes, gerando desprazer e estresse, sentimentos que prejudicam a qualidade da assistência. (ANVISA, 2014).

No entanto, uma abordagem importante a ser considerada nos planos de unidades de saúde que desejam oferecer o melhor conforto e qualidade são as recomendações do FGI quanto à iluminação natural e visão das paisagens naturais sempre que possível (FGI, 2010, p. 15).

5.4 Cores

O uso de referências cromáticas para definir a ambiência de edifícios de saúde tornou-se uma prática corrente. Soluções humanizadas, como centros cirúrgicos com janelas entre salas e janelas externas e cores

diferentes para cada sala, uma unidade de terapia intensiva com características semelhantes com visualização das condições climáticas externas podem contribuir para um hospital menos insensível, mas ao mesmo tempo manter a formalidade seus procedimentos e funções exigem. (ANVISA, 2014).

O projeto arquitetônico é um elo elementar entre as expectativas dos clientes e a eficácia das ações realizadas no edifício, que assumem duas funções: oferecer os serviços para os quais foi construído e fornecer auxílio terapêutico além do atendimento médico. Se a arquitetura do prédio não cumprir seu papel terapêutico, espera-se que pelo menos não interfira negativamente no tratamento dos pacientes. (ANVISA, 2014).

A arquitetura do espaço e a ambiência desempenham um papel fundamental na humanização. Se as drogas têm o poder de aliviar a dor física, as cores podem atenuar a monotonia do confinamento duradouro. As cores nas paredes das instalações de saúde representam valores abstratos que são percebidos de forma diferente por cada paciente. De uma forma ou de outra, as cores não vão alterar a qualidade do serviço, embora possam dar uma sensação muito necessária aos pacientes.

As cores têm várias funções e efeitos sobre o indivíduo: efeitos biológicos e psicológicos; e dá uma sensação de segurança ao organizar e orientar o espaço (COSTI, 2002).

As cores são os aspectos mais evidentes, elas estabelecem um vínculo social, geográfico e cultural com a idade e sensibilidade da pessoa. Não há cores padronizadas definidas, nenhum tratamento cromático pode ser considerado regra, não há solução única, embora muitas vezes seja útil projetar um espaço com o qual o paciente possa se relacionar culturalmente, que se assemelhe à sua casa, transmitindo carinho (ROMANELLI, 2006, p. 84).

No entanto, os ambientes de saúde requerem atenção por receberem uma grande diversidade de pessoas. A cor é uma linguagem poderosa que pode afetar muito mais do que apenas nossa capacidade mental, humor e percepção do tempo. Eles também podem influenciar nossa percepção de volume, forma, espaço e perspectiva (HOSKING, 1999, p. 119).

Busca-se criar um edifício humanizado, que crie consciência sobre o câncer sem estigmatizar os pacientes. Oferecendo conforto, bem-estar e qualidade de vida aos pacientes com câncer da Baixada Maranhense.

5.5 Diretrizes

As diretrizes arquitetônicas estão baseadas na sustentabilidades, humanização e conforto em todos os ambientes:

Diretrizes sustentáveis:

- Aproveitamento das árvores locais;
- Plantio de novas árvores, e utilização de amplas áreas verdes

que renovam o ar natural;

- Valorização da iluminação e ventilação natural;
- Jardim que conectam as áreas internas com externas;
- Conectando pacientes, familiares e funcionários com a natureza,

através de espaços verdes;

- Conectar os prédios atrás de praças e jardins;

Diretrizes humanizada:

- Verificação das necessidades dos usuários;
- Uso de estrutura de aço, e madeira no teto e parede;
- Uso de cores com um dos principais fatores para humanização

dos ambientes;

- Ambientes que estimulam a recuperação, com uso de cores e áreas verdes

5.6 Diretrizes Urbanística

O terreno estabelecido para implantação do Hospital Oncológico, é conhecido por ser uma área desmatada e durante anos foi feita como área de pasto, está localizada no bairro Caminho do Fio, conhecido pela sua tranquilidade, fica a aproximadamente 70 metros de da MA-014.

6. MEMORIAL JUSTIFICATIVO

O terreno estabelecido para implantação do centro oncológico tem aproximadamente 35,460m² de área e está localizado no bairro Caminho do Fio na cidade de Matinha - MA.

O terreno localiza-se em uma área residencial, que possui boa infraestrutura viária, e acesso a diversos serviços como de farmácia, lojas, lanchonetes, restaurantes, posto de combustível, está no bairro que liga os dois grandes bairros da cidade como Verônica, e Bairro Novo. A escolha do mesmo foi pelo fácil acesso e pela facilidade de transporte, várias linhas de ônibus e vans, já que a área se encontra logo na MA, que dá acesso a capital do estado e outras cidades como Pinheiro e região. Outro fator importante é que a área do terreno está devastada, a implantação do hospital oncológico, visa também fazer o reflorestamento com árvores nativas da região.

Figura 7 – Localização do terreno



Fontes – Imagem do google Earth, editada pela autora

O acesso ao terreno será feito pela MA-014, criando-se ruas de acesso, já que o terreno fica localizado em uma área de desmatamento, não tem uma rua definida, e devido ter residências na frente do terreno, foram

criadas duas, Rua Júlio Paiva que dar acesso a entrada principal e Rua Zwingle Pinheiro, que dar acesso à segunda entrada.

Figura 8 – Vias de Acesso



Fontes – Imagem do google Earth, editada pela autora

A cidade de Matinha, tem código de obra com as demais cidades, foram procurados os principais responsáveis pela gestão atual e relataram que não têm documento que rege esse código de obra da cidade. Matinha tem equivalente 15 mil habitantes morando atualmente na cidade e seus povoados. Para elaboração do projeto foram usados alguns momentos da cidade de São Luís, tais como código de obra e Lei de Zoneamento (1992) que serviram como apoio para desenvolvimento. Foi usado como base o uso da ZR02 da lei de zoneamento como base.

De acordo com a lei, os seguintes indicadores devem ser especificados para cada corredor. Portanto, a área total máxima do edifício (ATME) deve ser duzentos e quarenta por cento do terreno, e a área mínima do lote (ALML) deve ser igual a quarenta por cento do terreno. De acordo com a legislação, não deve ultrapassar 8 pavimentos, e deve respeitar no mínimo quinze metros de recuo frontal.

O desenvolvimento do programa de necessidade do hospital oncológico foi feito através de pesquisas relacionadas ao tratamento de câncer.

Figura 9 – Programa de Necessidades

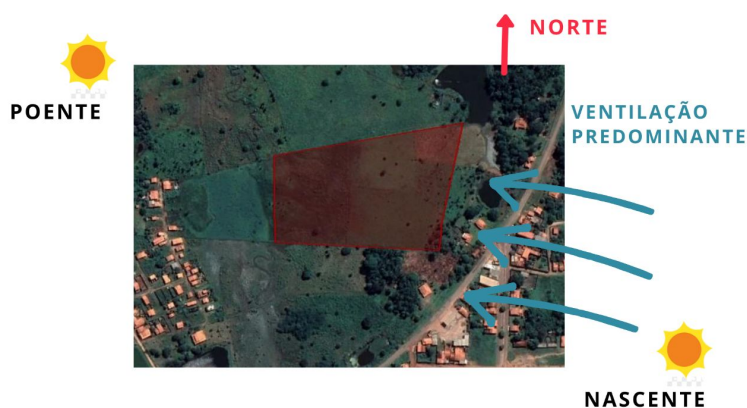
PROGRAM DE NECESSIDADES						
SOCIAL	ADMINISTRATIVO	SERVIÇOS	ESPECIALIDADES	TRATAMENTO	ATENDIMENTO AMBULATORIAL	ATENDIMENTO IMEDIATO
ESTACIONAMENTO	HALL DE FUNCIONARIO	ACESSO LIXO	NEUROLOGIA	QUIMIOTERAPIA	AÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE	URGÊNCIA
ÁREA DE REFEITÓRIO	ESTÁ DE FUNCIONARIO	ÁREA TÉCNICA	ONCOLOGIA	RADIOTERAPIA	ENFERMAGEM	EMERGÊNCIA
PRAÇAS	VESTIÁRIO/BANHEIRO FUNCIONARIO	ÁREA DE MANUTENÇÃO	GASTROLOGIA	TERAPIA INTENSIVA	CONSULTÓRIOS	
LANCHONETE	SALA DE REUNIÃO	DEPOSITO DE EQUIPAMENTO	ENDOCRINOLOGIA		INTERNAÇÃO DE CURTA DURAÇÃO	
RECEPÇÃO	SALA ADMINISTRATIVA	DEPOSITO DE MATERIAL	NEURO CIRURGIA		DIAGNOSTICO	
BANHEIROS	SALA DIRETÓRIA	DML	OTORRINOLARINGOLOGIA		LABORATÓRIOS	
BRINQUEDOTECA	AUXÍLIADO	NICROTÉRIO	MASTOLOGIA			
	SALA DE ARQUIVO MEDICO	ZELADORIA	GINECOLOGIA			
	POSTO DE ENFERMAGEM	ROUPARIA	UROLOGIA			
	CPD					
	RH					
	TI					

Fontes – Imagem produzida pela autora

Os demais, ambientes foram consultados nos Manuais e Diretrizes como RDC 50 e Somas SUS, NBR 9050, conversas feitas com profissionais e por algumas alguns pacientes ao apresentaram as dificuldades citadas no primeiro na introdução.

É importante ressaltar que, a ideia do quadro 9 acima, é a ideia de planejar hospital oncológico, que ofereça serviços de qualidade ao público alvo, visando reabilitação de pessoas com câncer, através de quimioterapia, radioterapia, terapia intensiva, urgências, emergências, consultórios, e área de convivência. Para elaboração do plano de necessidades, houve a necessidade de fazer estudo índices climáticos na cidade de Matinha, para analisar aspectos como ventilação, insolação, para assim fazer a distribuição dos ambientes.

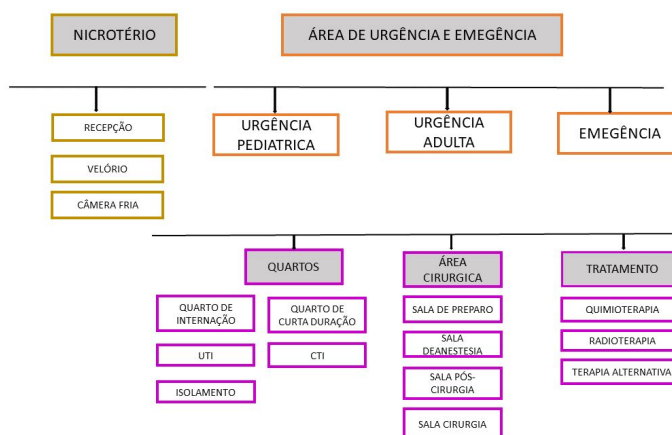
Figura 10 – Estudo Climático

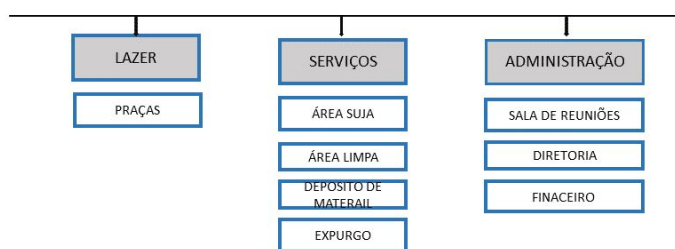


Fontes – Imagem do google Earth, editada pela autora

Outra ferramenta que foi utilizada para implantação no terreno e na distribuição dos ambientes, foi o organograma e fluxograma (na figura 11 e 12), que foi elaborado de acordo as pesquisas bibliográficas citadas no capítulo três, e pelo documento produzido pelo SUS, chamado de SOMASUS, é sistema que auxiliam na elaboração de projetos da área hospitalar, além de ajudar na distribuição dos ambientes, auxilia também na criação de layouts.

Figura 11 – Organograma





Fonte– Imagens produzidas pela autora

Figura 12 – Fluxograma Térreo

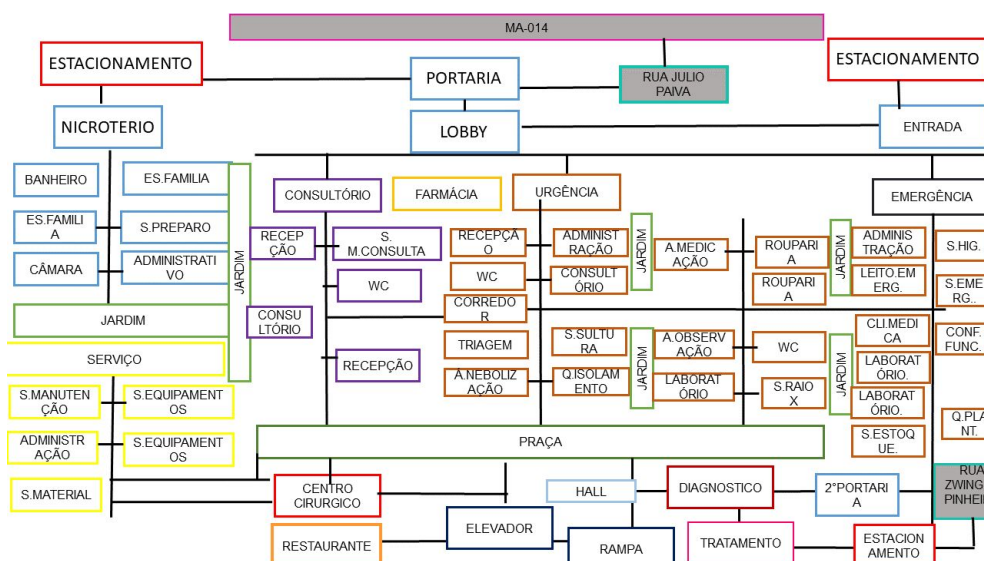


Figura 13 – Fluxograma 1º pavimento

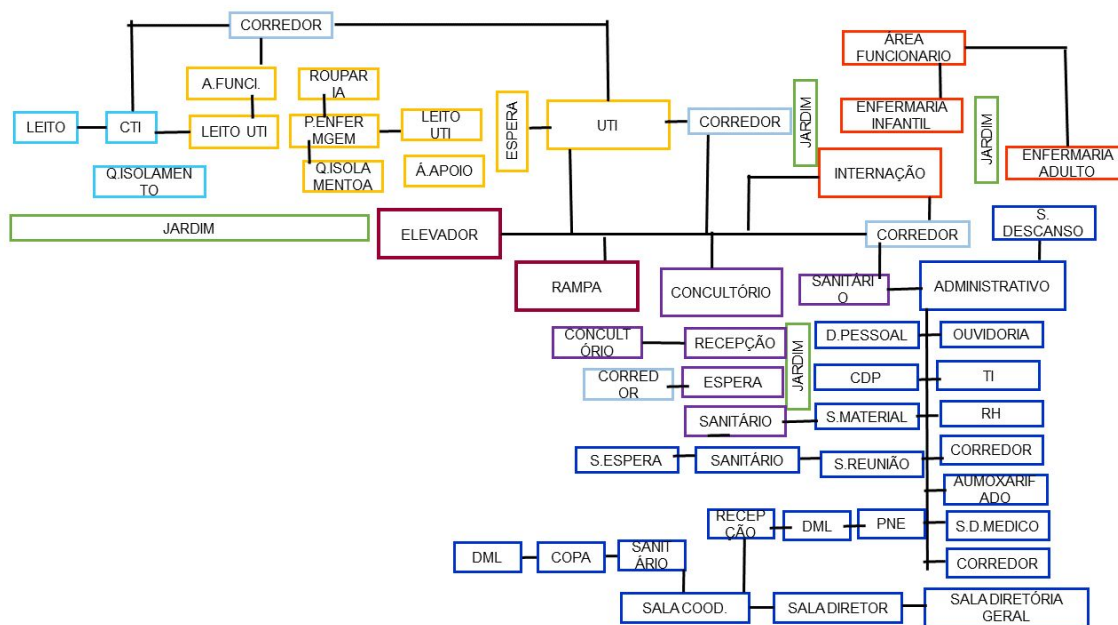
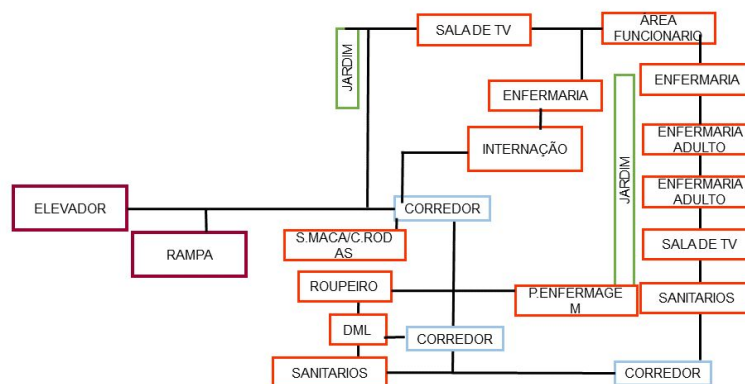


Figura 14 – Fluxograma 2º Pavimento



Fonte– Todas as imagens de fluxograma produzidas pela autora

O mantendo o conceito, evitando barulhos, por mais que seja ela seja de pouca movimentação, ainda sim foi necessário fazer esse afastamento. O acesso principal está localizado na Rua Júlio Paiva (rua criada na elaboração do edifício) o segundo acesso está localizado na rua Zwingle Pinheiro Braga (também criada).

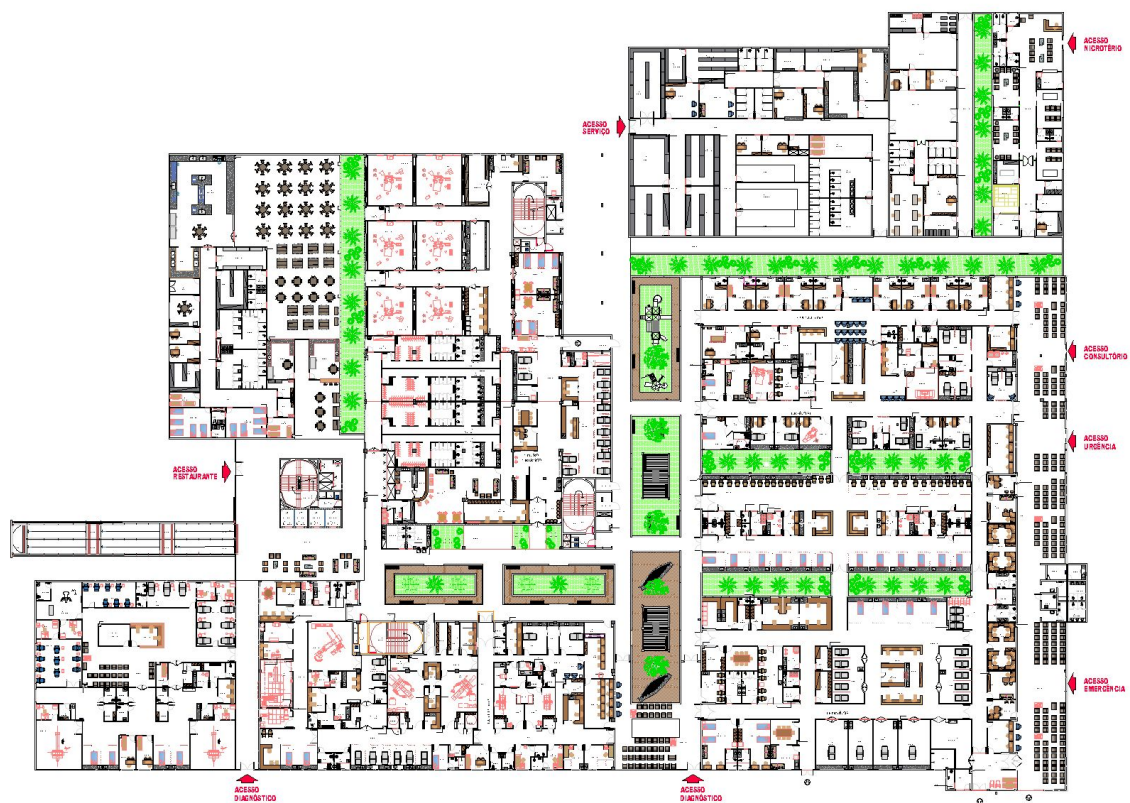
É importante ressaltar que a edificação contém fluxograma relata os principais acessos de pedestre e veículos, que fica localizado na MA-014, tendo uma distância aproximadamente a 70,50 metros da MA, assim dois prédios térreos como urgência, emergência e restaurantes, o prédio de diagnóstico e centro cirúrgico são de primeiro e segundo pavimento, assim atender as necessidades a qual foram relatadas no fluxograma, pois a unidade será atende as necessidades do público, sem precisar se deslocar até a capital do estado.

Assim como os edifícios que são térreos, e os que estão na vertical, foram desenvolvido obedecendo a NBR 9050, RDC 50, quanto ao uso de escada, rampas e elevadores, visando sempre a acessibilidade do espaço, pois é para atender a todos, sem restrição. Visando assim os serviços de grande demanda ficaram todos no pavimento térreo, pesando na locomoção e bem-estar de todos. O estacionamento foi pensado no melhor fluxo, para

atender todos os públicos, por isso foi destinado em todo hospital, fazendo a separação de pequenos e grande porte de veículos, deixando livre as vagas para pessoas portadoras de deficiências exigidas pela NBR 9050 e pela RDC 50.

Dessa forma, as decisões para implantação foram tomadas pelas citações acima. A figura 15 mostras essas resoluções. O acesso principal pela Rua Júlio Paiva, é devido que a mesma está voltada para a nascente, para melhor atendimento tanto na área de emergência, urgências e consultórios, foram de grande importância preservar esses ambientes, assim como as áreas de internação, foram implantadas onde a ventilação é predominante e o lado que está voltado para o poente, foram trabalhados com jardins internos, para melhorar a iluminação e desenvolver ventilação cruzada, as áreas que ficaram para o poente, foi usado brises nas fachadas, para diminuir a incidência solar. O estacionamento no terreno todo, visando melhor locomoção. E além disso foi pensado na retirada do lixo, fica pela rua Zwingle Pinheiro, separando uma área exclusivamente para caminhões de lixo, e lixeira com divisórias e para diminuir os fluxos de saída de veículos, carga/descarga com implantação de guaritas para controle.

Figura 15 – Layout Térreo



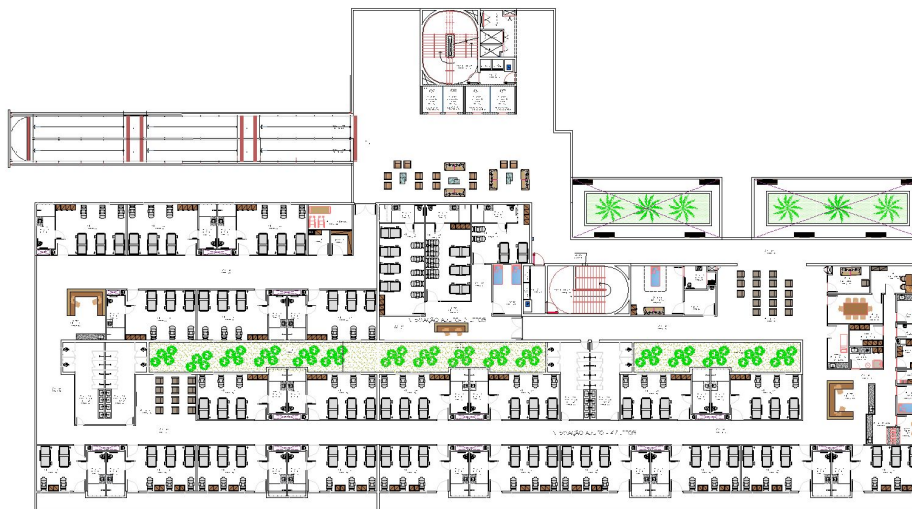
Fonte – Imagem produzida pela autora

Figura 16 – Layout 1º pavimento



Fonte – Imagem produzida pela autora

Figura 17 – Layout 2º pavimento



Fonte – Imagem produzida pela autora

A implantação foi dividida em dois acessos: sendo pela rua Júlio Paiva e a outra pela rua Zwingle Pinheiro, ambos têm acesso tanto para pedestre quanto veículos, é composta por recepção, brinquedoteca, área de vivência, banheiros, área de guardar macas e cadeiras, praças, restaurante e lanchonetes. O setor administrativo, festa localizada no primeiro pavimento, tendo acesso pelo hall de elevadores, contendo, sala administrativas para cada setor, tesoureiro, diretor geral, RH, CDP, sala de reuniões, copa, almoxarifado, vestiário, DML. Serviço, está dividida em dois setores, área de administrativa de equipamentos, como sala de preparação de material, sala de equipamentos médicos, área de manutenção, zeladoria, manipulação de medicações, necrotério, rouparia, e área de acesso se dar pelo prédio de serviço, ao lixo, está no estacionamento

Área de consultório tem acesso pela recepção, posto de enfermagem e também pela urgência. O lobby que dar acesso às recepções de emergência, urgência e consultório, tem pé direito duplo, com objetivo de

capturar ventilação e iluminação natural para proporcionar ambientes confortáveis aos pacientes.

Acesso de urgência e emergência se dar pelo acesso principal e pelo acesso lateral, está dividido em área de administrativa, observação, área de medicação, área de funcionário, banheiros para pacientes e funcionários, sala de macas, raio x, laboratório, diagnóstico, posto de enfermagem que, prescrição médica, e corredores que dar acesso de entre os dois atendimentos, jardins internos que ajudam na iluminação natural e ventilação natural entre os setores.

O acesso do diagnóstico é tanto pelo acesso principal quando pela lateral, onde está locada setor de imagem e laudos, tendo salas de quimioterapia, radioterapia, e terapia intensiva, tendo como de acesso pelas recepções de atendimento e pelo hall de elevador. O centro cirúrgico, tem acesso dois acessos, um pelo hall de que dar tanto urgência, diagnóstico e refeitório e outro na lateral, para funcionários, está obedecendo a RDC 50 e SOMASUS, respeitando as normas de segurança da vigilância sanitária.

Todo o prédio tem acesso um a outro, no térreo, já no primeiro pavimento tem o prédio de UTI contendo 15 leitos, e CTI tem 10 leitos, 4 quartos de isolamento, tem acesso tanto pelo hall de elevadores, quanto pelo setor de enfermaria através de mezanino. Guiada pela soma, SUS, cada enfermaria conte 3 leitos no setor de adultos e no e uma ala que tem uma tem o número máximo permitido pela mesma.

7 CONCLUSÃO

Acredita-se que humanizar a arquitetura traz o aspecto humano para, o que pode parecer a muitos, o mundo frio e inacessível das construções. Ele pega grandes estruturas de aço, concreto e vidro e as torna identificáveis ao destacar o elemento humano.

Quase todo indivíduo está constantemente interagindo com o ambiente construído, porque ele constantemente nos rodeia. Dormimos em edifícios, comemos em edifícios, trabalhamos, brigamos e amamos em edifícios. Quando temos um “momento a sós”, normalmente é dentro do ambiente construído. Usamos o termo ambiente construído aqui porque muitas das coisas que fazemos acima são externas, mas isso também conta como ambiente construído, porque paisagens, estradas, calçadas e até mesmo a cidade são meticulosamente planejados, projetados e construídos. Raramente nos encontramos na “natureza” real, a menos que realmente escapemos para o deserto (até mesmo trilhas para caminhadas e bicicletas são projetadas e planejadas).

No entanto, sabe-se que a indústria da construção pode ser facilmente mal compreendida. É muito complexo. No entanto, não importa quais sejam os pensamentos, pontos de vista e opiniões de alguém sobre o ambiente construído, descobrimos que poucos apreciam ou refletem sobre esta noção simples: O ambiente construído é a manifestação final de nosso status econômico, poder político e valores sociais.

Nossos valores sociais ditam o que acreditamos que um edifício deve ou não ser, como pensamos que nossas cidades devem ou não se comportar e com base no que nossos edifícios devem ou não ser feitos. Se uma comunidade valoriza muito os esportes e a competição, é seguro presumir que haverá grande valor agregado à construção e ao projeto de um estádio. Esses componentes definirão como queremos que nossas cidades sejam construídas e até mesmo como nossos designers pensam. Os edifícios são projetados para durar, os bons edifícios são atemporais, mas todos eles são um reflexo de seu tempo.

A arquitetura influencia de forma mais positiva a saúde humana ao se adequar às suas necessidades. Porém, a humanização dos espaços

hospitalares nem sempre foi evidente. Desde o fim da Segunda Guerra Mundial, de fato, os hospitais são bons edifícios se atenderem apenas aos requisitos tecnológicos e funcionais.

Lidar com a humanização e sua qualidade arquitetônica significa focar as necessidades humanas e entender sua interação com o meio ambiente. Nestes termos, não é fácil definir a qualidade arquitetônica, pois ela se baseia em princípios, que por sua vez não são quantificáveis.

O diagnóstico de câncer é visceralmente perturbador; confirma a presença da doença e invoca a doença, uma consciência intensificada do corpo. O corpo em ambientes de saúde ocupa uma posição complexa, mas um tanto ambivalente: está no centro de tudo, mas ao mesmo tempo estranhamente deslocado. Além disso, a doença aumenta as experiências sensoriais evocadas por meio de uma interação incorporada com o ambiente material.

Na verdade, existe um grande corpo de evidências que aponta para o papel do ambiente projetado na eficácia do cuidado: layouts de pisos, níveis de ruído, iluminação, quartos individuais, ventilação, exposição à luz do dia, acesso a ambientes 'verdes', proximidade de janelas e assim por diante têm impacto sobre os resultados de saúde.

No Brasil, o conceito de ambiente humanizado ainda é novo, haja vista que os hospitais são grandes construções que requerem diversas especificidades técnicas, fluxos únicos e um embasamento teórico consistente para serem planejados, o que envolve uma reavaliação da real finalidade da edificação hospitalar em áreas que pode de fato contribuir para a recuperação do paciente.

Humanizar os estabelecimentos de saúde é de extrema importância. Além de participar do processo terapêutico do paciente, contribui para a qualidade dos serviços de saúde prestados pelos profissionais ali estabelecidos.

Por fim, integrar os espaços internos e externos é importante dentro do ambiente hospitalar para os pacientes - que se sentem melhor e se recuperam mais rapidamente - e para os trabalhadores - que conseguem um melhor desempenho quando têm um ambiente de trabalho mais agradável e menos estressante; garantindo redução relevante de custos devido à redução

do tempo de internação e menor consumo de medicamentos. Essa prática envolve a todos e pode ser posta em prática com eficácia imediata, basta mudar a forma como olhamos uns para os outros.

Por essa razão, é viável a realização de um projeto arquitetônico que busque essa valorização do humano, essa humanização e que possibilite o cuidado com o doente, e um ambiente que favoreça o tratamento e a cura.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **Iluminação de Ambientes de Trabalho**. Parte 1: interior. ABNT NBR ISSO / CIE 8.995-1. Rio de Janeiro, abr. 2013

BOEGER, Marcelo. **Palestra no Curso de Pós-Graduação em Serviços Hospitalares**. São Paulo, Instituto de Ensino e Pesquisa Hospital Israelita Albert Einstein, março 2010.

_____. **Gestão em Hospitalidade e Humanização**. São Paulo, Editora Senac, 2009.

_____. **Hotelaria Hospitalar, Manuais de Especialização**. São Paulo, Editora Manole / Sociedade Brasileira Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2011.

BONA, Daniela. **Humanização e Gestão hospitalar**. 2016 18f. Artigo de Conclusão de Curso – Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Educação Superior Norte do RS, 2016

BRANDALISE, Vitor Hugo. **Hospitais Viram Opção De Lazer e Restaurante**. São Paulo, Jornal O Estado de São Paulo, 5 de outubro de 2010.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Conforto Ambiental em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde / Tecnologia em Serviços de Saúde**. Brasília: 1ª edição, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014

CIACO, Ricardo J. A. S. **A Arquitetura no Processo de Humanização dos Ambientes Hospitalares**. 2010 197f. Mestrado- Universidade de São Paulo, Escola de Engenharia de São Carlos, 2010

COSTI, M. **A influência da luz e da cor em salas de espera e corredores hospitalares**. Editora EDIPUCRS, 1ª edição, Porto Alegre, 2002.

DIANI, Alan. **Inovação em Design e Tratamento do Câncer**. Academy for Design and Health, 2001

FRAMPTON, Susan e CHARMELE, Patrick. **Colocando os pacientes em primeiro lugar, as melhores práticas em cuidados centrados no paciente Planetree**. São Francisco (EUA), Jossey Bass 2009 (segunda edição).

FRAMPTON, Susan. **Planetree, melhorando a experiência do paciente**. Connecticut, Apresentação em Power Point cedida por Marie Sullivan do Planetree em outubro de 2010

HOREVICZ, E.; DE CUNTO, I. **A Humanização em Interiores de Ambientes Hospitalares**. Revista Terra e Cultura, Nº 45, Ano 23, dezembro 2007, Centro Universitário Filadélfia, Cornélio Procópio, 2007

KARMANN, J. **Iniciação à Arquitetura Hospitalar**. São Paulo: União Social Camiliana, 1970.

KARMAN, Jarbas. **Manutenção e Segurança hospitalar Preditivas**. São Paulo: Estação Liberdade: IPH, 2011.

LAS CASAS, AL **Marketing**: Conceitos Exercícios Casos. São Paulo: Atlas, 1993.

LIDA, Itiro. **Ergonomia**: Projeto e Produção. São Paulo: Edgard Blucher, 2002.

LIMA, J. F. **O que é ser Arquiteto**: memórias profissionais de Lelé (João Filgueiras Limas); em depoimento a Cynara Menezes. Rio de Janeiro: Record, 2014

LIMA, E.M. **Estatísticas do câncer no Brasil**. Disponível em:
<http://www.oncomedbh.com.br/site/?menu=Informa%E7%F5es&submenu=Fique%20por%20dentro&i=28&pagina=Estat%EDsticas%20do%20c%E2ncer%20no%20Brasi>.

LUKIANCHUKI, M. A.; SOUZA, G. B. **Humanização da Arquitetura Hospitalar**: entre ensaios e definições e materializações híbridas. In: *Arquitextos – Periódico mensal de textos de arquitetura*. São Paulo, Março de 2010.

MACEACHERN, M. T. **Hospital organization and management**. Chicago: Physicians Record, 1951.

MAIA, Anselmo e GIL, Antonio. **Miopia em Marketing no Segmento Hospitalar do Brasil**, MTC Desenvolvimento Empresarial 2, 2008

MEZONO, JC **Gestão da qualidade na saúde**: princípios básicos . São Paulo: JC Mezonzo, 1995

MIGUEZ, Claudia. **A sistema sustentável de pisos vinílicos nos requisitos assistenciais de saúde**. Artigo. Informativo ABDEH: Ambiente Saudável , São Paulo, p. 2, 2013.

PILZER, Paul Zane. **A nova revolução do bem-estar**: como fazer fortuna na indústria do próximo trilhão de dólares. Nova Jersey, John Wiley and Sons, Inc. Roboken, 2002

RIBEIRO, Gislene Passos. **Conforto Ambiental, Sustentabilidade, Tecnologia e meio Ambiente**. 2007. 13f. Estudo de caso - Universidade Presbiteriana Mackenzie, Brasília, 2007

ROMANELLO, Isabella. **Il colore**: espressione e funzione. Guida ai significati and agli usi del colore in arredamento, architettura and design . Milano: Ulrico Hoepli Editore SPA, 2006.

TARABOULSI, Fadi Antoine. **Administração em Hotelaria Hospitalar**. São Paulo, Editora Atlas SA, 2003.

TOLEDO, LC **Feitos para Curar**: Arquitetura Hospitalar e Processo Projetual no Brasil . Rio de Janeiro: ABDEH, 2006

VAITSMAN, J; ANDRADE, G, R, B. **Satisfação e responsividade**: formas de avaliar qualidade e humanização da assistência à saúde . Ciência e a saúde coletiva. Rio de Janeiro, v.10, nº 3, p. 599-613, [sd]. 2005

YODER, JC et al. **O ruído do hospital coloca os pacientes em risco**. AJN, Arch Intern Med , v. 112, n. 4 de abril 2012

ZUMTOBEL. **Livro de mão de iluminação**. Debindorn / Áustria, dez. 2008.
Disponível em: www.zumtobel.com/healthcare

IMPARCIAL. Jornal imparcial. 07 mar. 2018
Disponível em: <https://oimparcial.com.br/noticias/2018/03/cancer-de-utero-e-o-que-mais-mata-no-maranhao/>

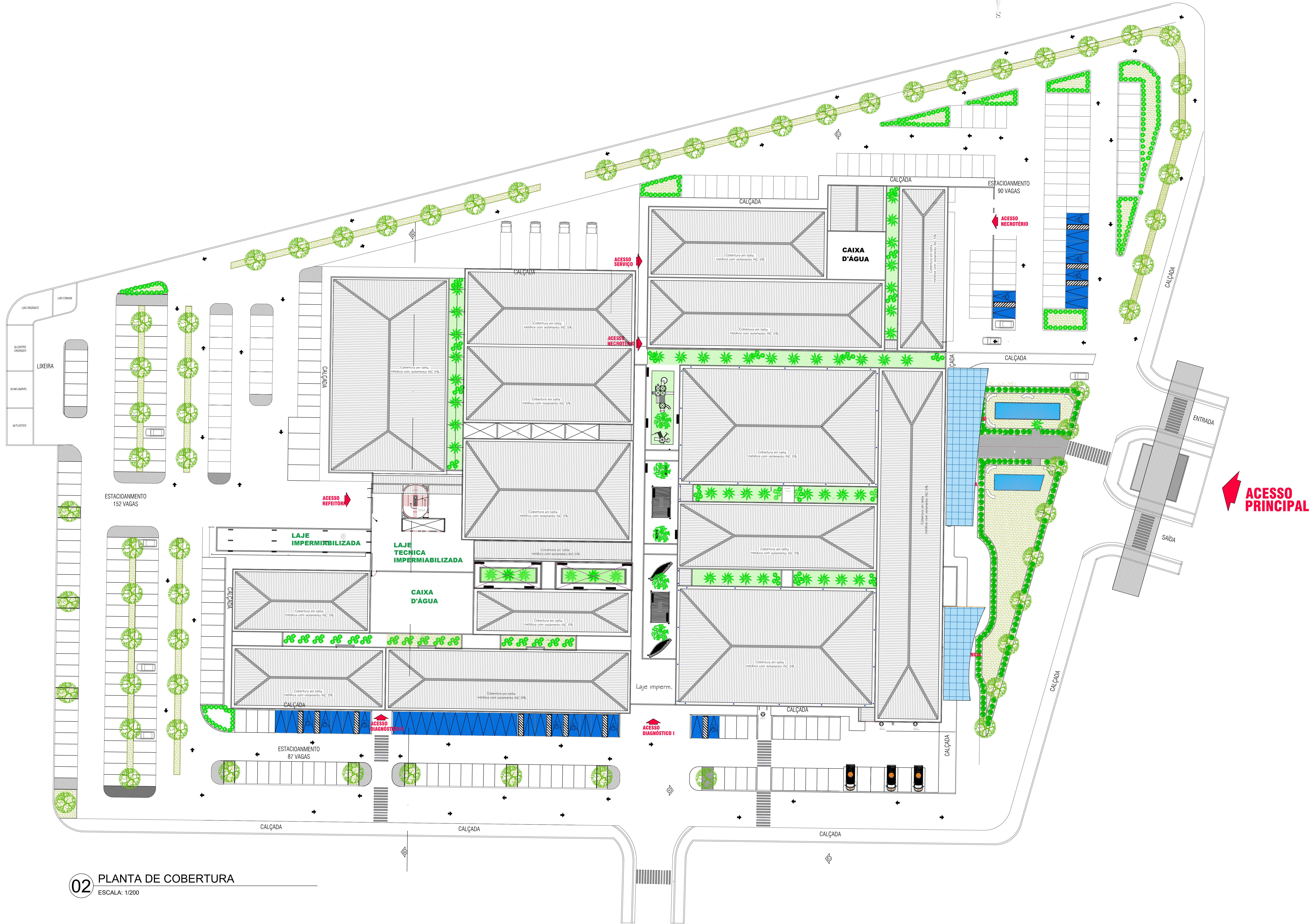
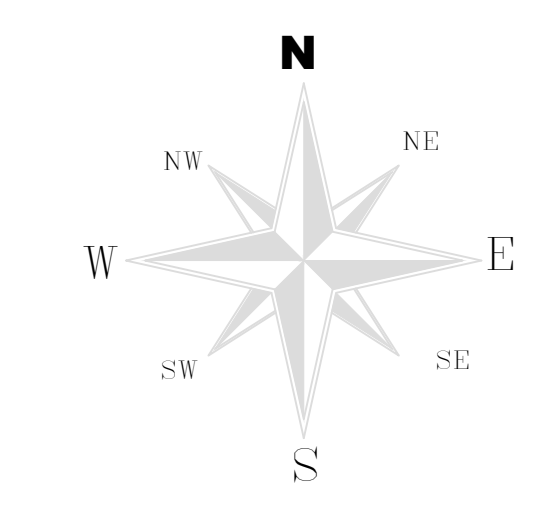


01 PLANTA DE SITUAÇÃO
ESCALA: SEM ESCALA



02 PLANTA DE IMPLANTAÇÃO
ESCALA: 1/300

ACESSO DIAGNÓSTICO

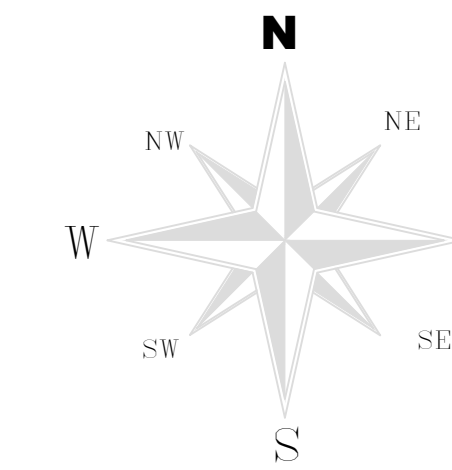


02 PLANTA DE COBERTURA
ESCALA: 1/200

ACESSO
DIAGNÓSTICO

ACESSO
PRINCIPAL

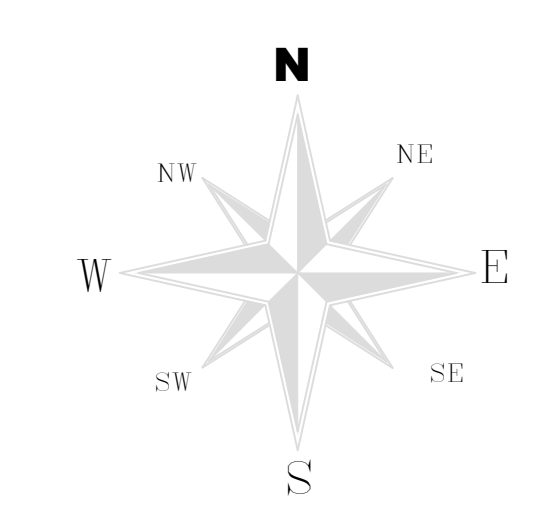




02 PLANTA BAIXA TÉRREO
ESCALA: 1/300

**ACESSO
DIAGNOSTICO**

**ACESSO
PRINCIPAL**

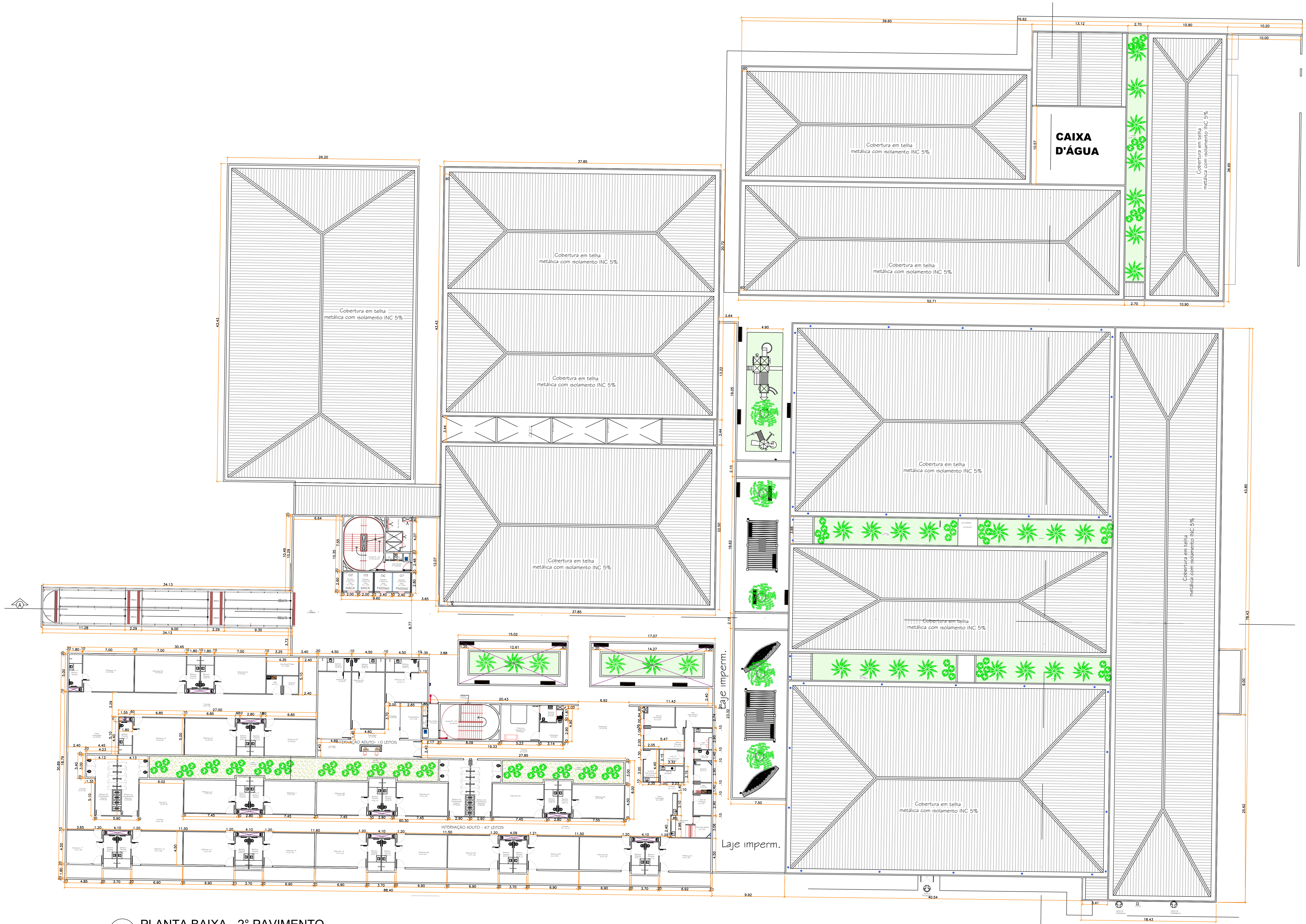


02 PLANTA BAIXA - 1º PAVIMENTO
ESCALA: 1/300

ACESSO DIAGNÓSTICO

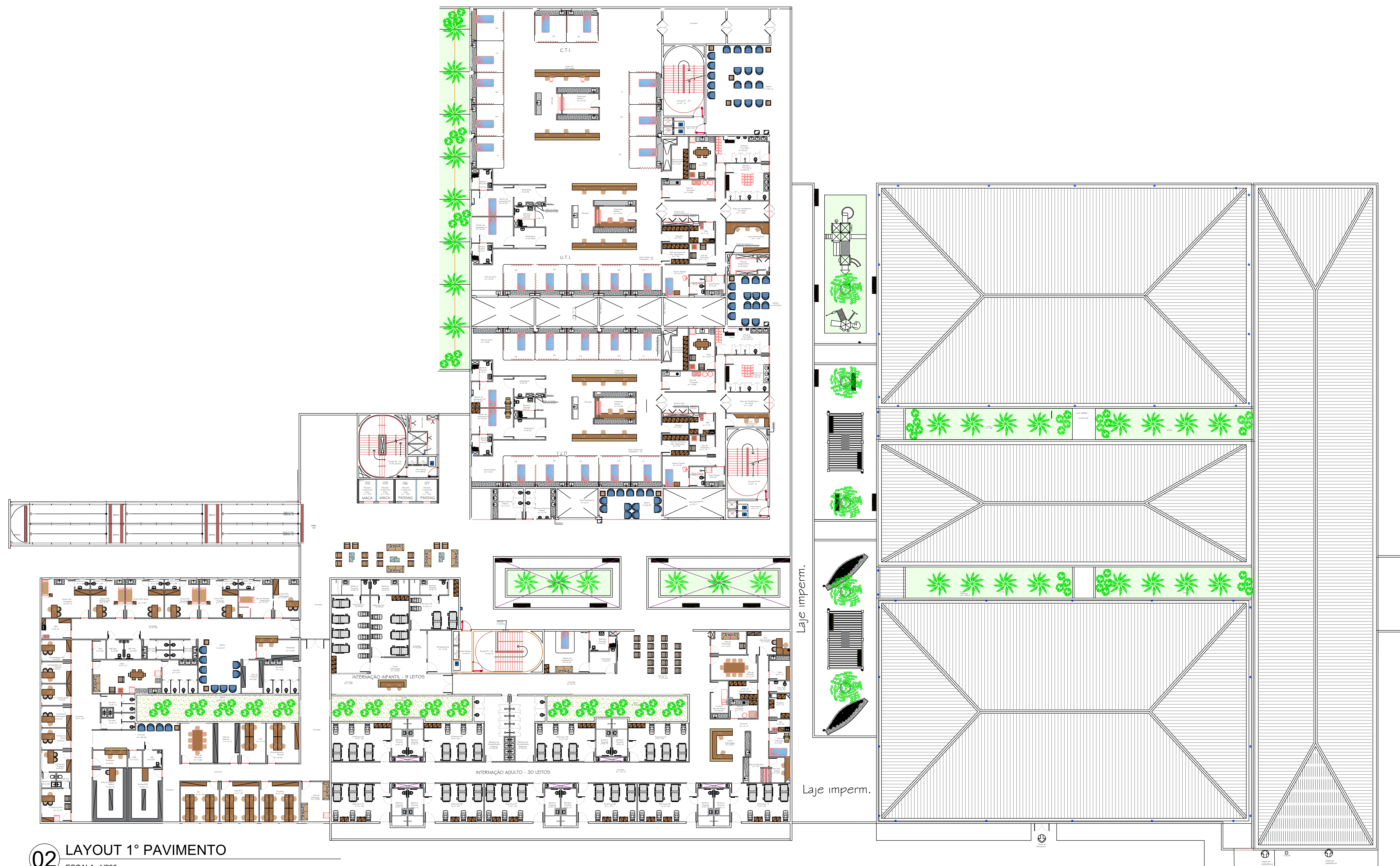
ACESSO PRINCIPAL





02 PLANTA BAIXA - 2º PAVIMENTO
 ESCALA: 1/200

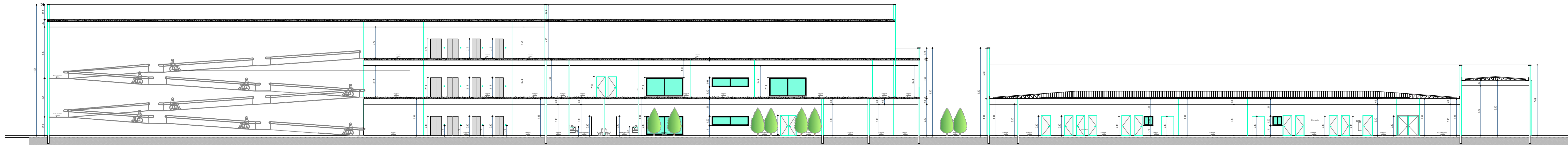




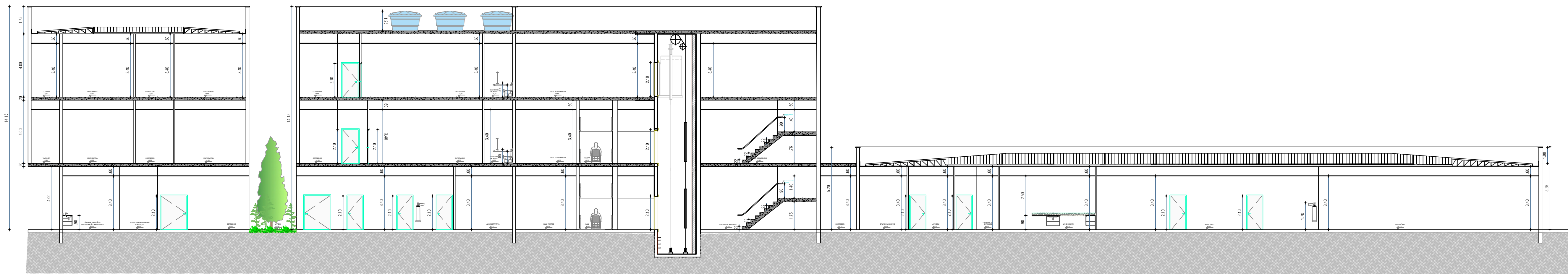
02 LAYOUT 1º PAVIMENTO
 ESCALA: 1/200



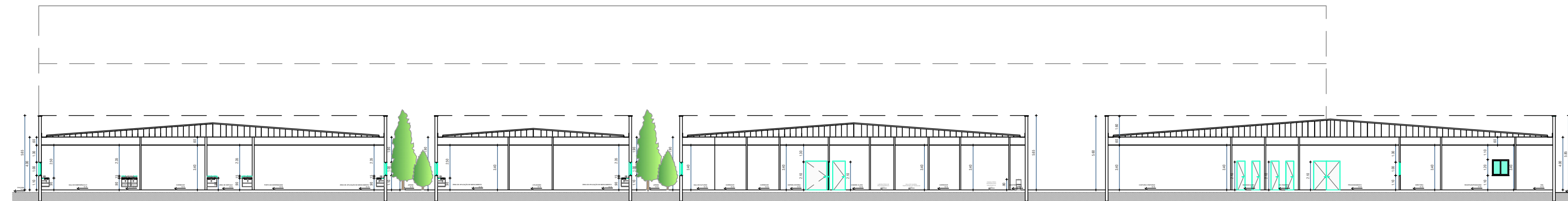
02 LAYOUT 2º PAVIMENTO
 ESCALA: 1/100



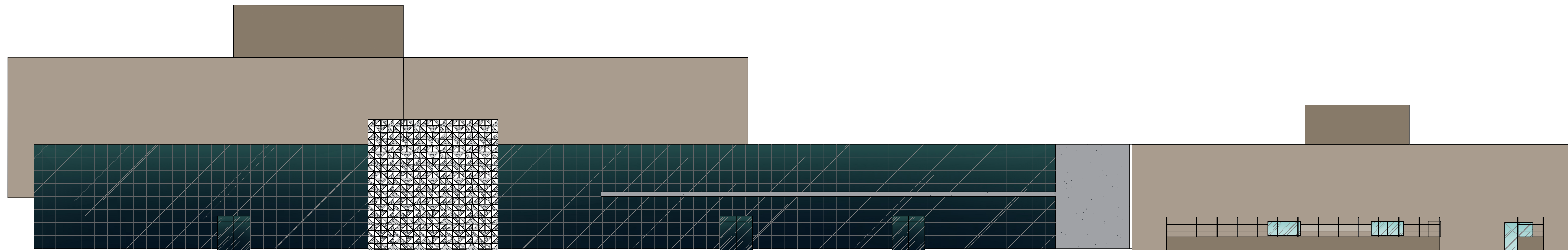
01 CORTE AA
ESCALA: 1/150



02 CORTE BB
ESCALA: 1/100

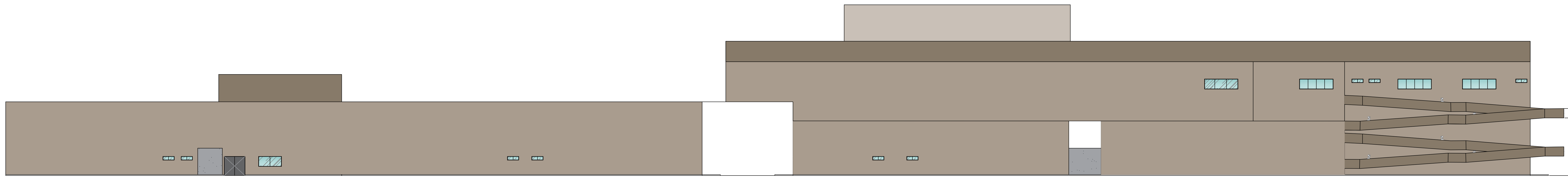


03 CORTE CC
ESCALA: 1/150



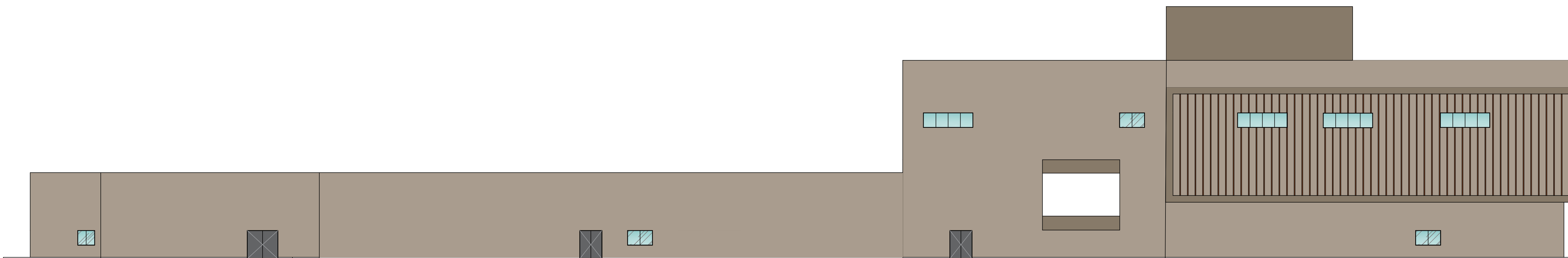
01 FACHADA PRINCIPAL

ESCALA: 1/100



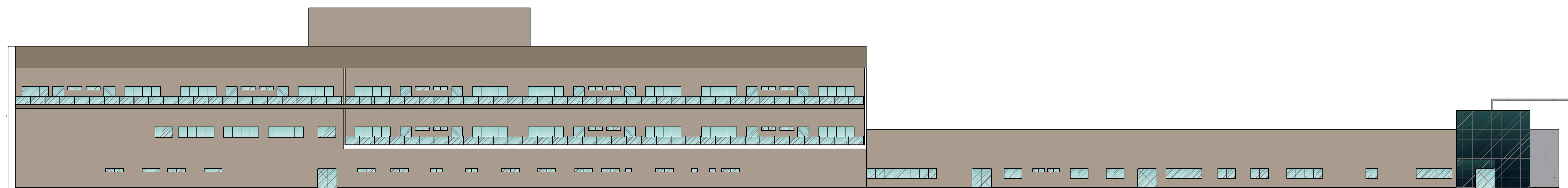
02 FACHADA LATERAL DIREITA

ESCALA: 1/175



03 FACHADA SUPERIOR

ESCALA: 1/100



04 FACHADA LATERAL ESQUERDA

ESCALA: 1/100